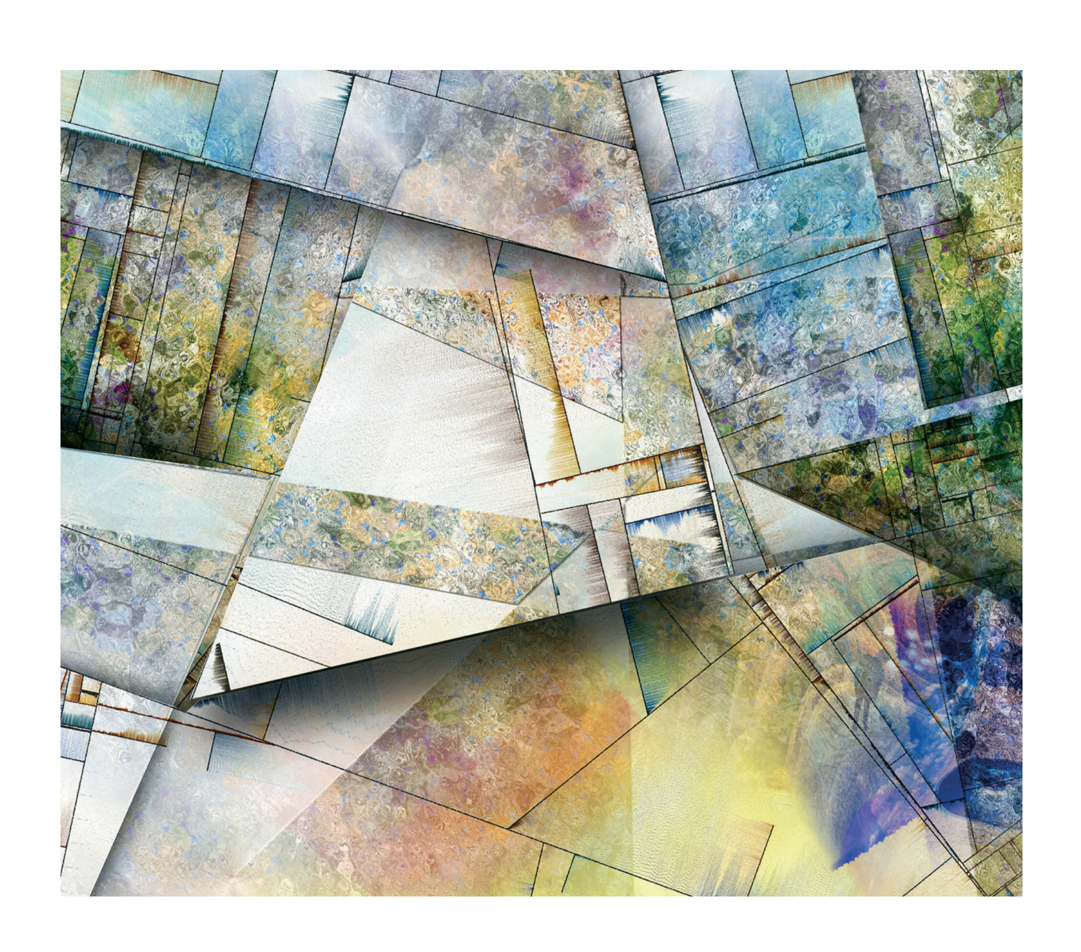
paramètres

Sous la direction de

J. C. Suárez-Herrera, A.-P. Contandriopoulos,
F. P. Cupertino de Barros *et* Z. M. A. Hartz

Améliorer la performance des systèmes de santé

CONCEPTS, MÉTHODES, PRATIQUES



Les Presses de l'Université de Montréal

AMÉLIORER LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

paramètres

Sous la direction de
J. C. Suárez-Herrera, A.-P. Contandriopoulos,
F. P. Cupertino de Barros et Z. M. A. Hartz

AMÉLIORER LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Concepts, méthodes, pratiques

Les Presses de l'Université de Montréal

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

Améliorer la performance des systèmes de santé : concepts, méthodes, pratiques

(Paramètres)
Comprend des références bibliographiques.
Publié en formats imprimé(s) et électronique(s).

ISBN 978-2-7606-3753-5
ISBN 978-2-7606-3754-2 (PDF)
ISBN 978-2-7606-3755-9 (EPUB)

1. Services de santé - Administration. 2. Efficacité organisationnelle. I. Suárez-Herrera, José Carlos, 1970- . II. Contandriopoulos, André-Pierre, 1943- . III. Barros, Fernando Passos Cupertino de, 1959- . IV. Hartz, Zulmira Maria de Araújo. V. Collection : Paramètres.

RA971.A43 2017 362.1068 C2017-940824-0
C2017-940828-3

Mise en pages : Folio infographie

Dépôt légal : 3e trimestre 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

Financé par le gouvernement du Canada | Canada

IMPRIMÉ AU CANADA

Avant-propos

José Carlos Suárez-Herrera
et André-Pierre Contandriopoulos

Le 3[e] symposium de la Conférence lusofrancophone de la santé (COLUFRAS) *L'amélioration continue de la performance des systèmes et des services de santé : un enjeu incontournable* s'est tenu à Campo Grande dans l'État du Mato Grosso do Sul, au Brésil, du 29 novembre au 1[er] décembre 2010. Ce symposium a permis de réunir des responsables gouvernementaux, des professionnels de la santé, des chercheurs, des membres du milieu universitaire, des gestionnaires de la santé des secteurs public, privé et philanthropique, ainsi que des membres d'une organisation non gouvernementale (ONG) et d'organismes internationaux des pays lusophones et francophones des Amériques, d'Europe et d'Afrique, afin de trouver ensemble des réponses opérationnelles pour engager les systèmes et les organisations de santé des pays participants sur une trajectoire d'amélioration continue de la performance.

La pertinence du thème du symposium découle de la tension, exacerbée par la crise financière et économique de 2008, qui existe dans tous les pays entre, d'une part, la très forte demande de la population pour que l'État garantisse un accès équitable à des services de santé de qualité et, d'autre part, la nécessité pour qu'il contrôle les dépenses publiques de santé pour limiter les déficits de l'État.

Les gouvernements sont ainsi devant un dilemme inquiétant : ils savent que leur légitimité repose sur leur capacité à répondre aux attentes de la population, en améliorant le système et les services de santé. Mais, ce faisant, ils risquent de perdre leur capacité d'agir de façon démocratique en devenant de plus en plus dépendants des marchés financiers internationaux.

La seule option viable consiste donc à faire plus et mieux avec les ressources existantes. Pour y arriver, il faut concevoir et mettre en œuvre des réformes qui visent toutes à améliorer l'intégration, à penser autrement la gouvernance et à offrir aux décideurs de nouveaux outils d'évaluation de la performance du système de santé et de ses services.

Que recouvre le concept de performance ?

Dans le chapitre 1, Contandriopoulos, Champagne, Sainte-Marie et Thiebaut proposent une définition de la performance qui permet de montrer de la complexité des organisations et des systèmes de santé. En s'inspirant des travaux de Talcott Parsons, ils conçoivent la performance comme un construit multidimensionnel qui rend compte des quatre fonctions que tout système organisé d'action doit accomplir de façon cohérente au cours du temps : 1) l'atteinte de buts légitimes ; 2) l'adaptation à l'environnement ; 3) l'intégration des processus de production et ; 4) le maintien des valeurs communes et la qualité de vie au travail. Pour être performant, tout système organisé d'action doit également être cohérent dans le temps qui existe entre ces quatre fonctions. C'est pourquoi les auteurs proposent le modèle EGIPSS, très largement utilisé, notamment au Québec, en Europe, au Brésil et en Afrique du Nord.

Dans le chapitre 2, Martins examine les relations qui existent entre les concepts de performance et de qualité des services de santé. La compréhension de ces concepts et de leurs modèles explicatifs est essentielle, tant du point de vue théorique que du point de vue pratique, pour outiller les gestionnaires et les administrateurs des organisations et des systèmes de santé. Cette compréhension exige la création d'espaces de production de connaissances scientifiquement valides, mais aussi socialement responsables. Dans ce sens, quelques enjeux perdurent, comme le besoin d'intégrer la recherche évaluative pour l'appréciation de la performance ou encore les défis associés à l'utilisation des résultats de ces évaluations par les décideurs des différents paliers des organisations de santé pour améliorer de façon continue la performance.

Dans le chapitre 3, Dedobeeleer explique comment le modèle EGIPSS a pu être utile à l'évaluation de la performance d'un des centres de santé et de services sociaux (CSSS) promoteur de santé – organismes qui ont été créés à la suite de la réforme de 2003 du système de santé et de services

sociaux du Québec. Cette extension du concept de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « hôpital promoteur de santé » était vu comme intégratrice, compatible avec les pratiques et les besoins des CSSS. Un réseau québécois d'établissements promoteurs de santé, regroupant 38 établissements, dont 26 CSSS, a même été formé en 2012 et, en 2015, une nouvelle intégration des établissements de santé et de services sociaux est lancée, avec une vocation élargie : il s'agit des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Cette réorganisation va maintenant très loin : elle suscite de nombreuses critiques et soulève de nombreuses inquiétudes. Dans ce contexte, l'analyse de la performance d'un CSSS promoteur de la santé reste pertinent.

Dans le chapitre 4, Suárez-Herrera, montre combien l'existence d'une gouvernance fondée sur la configuration en réseau et la concertation intersectorielle s'avère une stratégie clé pour orienter les systèmes de santé sur une trajectoire innovatrice d'amélioration continue de la performance. Il décrit le processus d'amélioration de la performance en trois étapes essentielles : 1) la configuration en réseau des acteurs clés du secteur de la santé ; 2) l'intégration de nouvelles formes de gouvernance fondées sur la concertation intersectorielle ; et 3) l'émergence de nouvelles pratiques organisationnelles. Par un processus complexe de mobilisation de savoirs et de pratiques socialement responsables, cette modalité de la gouvernance pourrait s'avérer un levier clé d'amélioration de la performance du système de santé.

Comment évaluer la performance des organisations et des systèmes de santé ?

Simos, dans le chapitre 5, propose d'appréhender la performance en utilisant les approches mises au point dans le domaine des évaluations d'impact sur la santé (ÉIS), un processus flexible et créatif qui intègre différentes méthodes pour comprendre l'influence sur la santé des politiques publiques dans une perspective interdisciplinaire et multisectorielle. La combinaison de ces méthodes permet d'aborder l'évaluation des politiques, des programmes et des projets dans les différents secteurs reliés à la santé publique d'une façon multisectorielle, transversale et systémique. Cette démarche, qui repose sur une bonne connaissance des



déterminants sociaux de la santé, peut contribuer à améliorer la performance du système de santé en prenant en particulier en compte les besoins des populations vulnérables ou défavorisées.

Dans le chapitre 6, Schaetzel constate que les inégalités de santé sont une préoccupation constante depuis de nombreuses années. Dans le contexte français, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), adoptée en juillet 2009, a comme ambition de réformer en profondeur le système de santé, et tout particulièrement sa gouvernance, en créant les Agences régionales de santé (ARS). Celles-ci ont comme objectif de réduire les inégalités sociales de santé (ISS). L'évaluation de la réduction des ISS devrait inciter les différents acteurs concernés à créer de nouvelles coalitions et à faire émerger de nouvelles pratiques professionnelles porteuses de performance.

Thiebaut et ses collègues, dans le chapitre 7, insistent sur l'importance d'analyser et de mesurer la qualité de vie au travail des personnes qui œuvrent dans les organisations de santé lorsque l'on évalue la performance. Ils proposent des outils opérationnels pour évaluer les valeurs individuelles et organisationnelles et les différents aspects de la qualité de vie au travail des employés. Les valeurs en tant que source de sens constituent un réservoir de la motivation et par conséquent un puissant levier de changement pour orienter l'action collective vers l'amélioration de la performance. La qualité de vie au travail et les valeurs individuelles et organisationnelles influencent ainsi d'autres dimensions de la performance des systèmes de santé, dont la productivité ou la qualité des soins et des services.

Comment utiliser les résultats de l'évaluation pour amener les systèmes et les organisations de santé à améliorer de façon continue leur performance ?

Dans le chapitre 8, Jabot et Marchand constatent l'ambiguïté des relations entre performance et évaluation du système de santé. La notion de performance englobe les activités de contrôle et de gestion, mais aussi d'évaluation, une notion dont le développement a largement bénéficié du déploiement de plans et de programmes régionaux de santé. L'analyse de la performance du système de santé régional est réalisée à partir de l'étude de ces plans et de leurs évaluations. Le bilan en matière de structuration de la politique régionale de santé est mitigé, et met au jour la confrontation

entre les différentes logiques d'acteurs, les convergences et les oppositions au sein d'un système complexe, qui, au final, va fonctionner en dépit de ses imperfections. À la lumière de la réforme française de la politique de santé de 2009, les acteurs se sont engagés dans les travaux de conception de leur système d'évaluation.

Dans le chapitre 9, Carvalho montre que le droit à la santé de tous les citoyens, au cœur de la Constitution brésilienne de 1988, constitue une responsabilité publique nationale qui a comme corollaire la nécessité d'évaluer de façon très large la performance du Système unique de santé (SUS). Les grands principes organisateurs du SUS sont actuellement remis en question par les inégalités croissantes dans l'accès aux services de santé. Il propose donc plusieurs critères pour mesurer les iniquités dans une approche intégrée de l'évaluation de la performance.

Finalement, Salois, ancien Commissaire à la santé et au bien-être du Québec explique dans le chapitre 10 comment mobiliser les citoyens dans un processus structuré d'évaluation de la performance. L'approche consiste à rassembler les sources d'information disponibles au Québec et à l'étranger pour évaluer la performance avec le modèle EGIPSS. Il s'agit ensuite de faire débattre, dans un forum citoyen, 27 personnes et des groupes d'experts pour compléter le portrait et définir des pistes d'actions. Dans ce contexte, l'appréciation de la performance ne se veut pas une simple manœuvre de reddition de comptes, mais plutôt un outil collectif d'évaluation participative afin de promouvoir un mouvement collaboratif d'amélioration continue de la performance, pour bien répondre aux besoins de la population et garantir la pérennité du système québécois.

L'amélioration continue de la performance devient ainsi une condition essentielle à la survie des systèmes de santé. Cependant, pour améliorer la performance, il faut d'abord la mesurer, ce qui est difficile à accomplir. D'une part, les systèmes et les services de santé sont complexes et fortement dépendants de leur contexte. Ils sont formés d'une multitude d'organisations, de composantes et de programmes de services. Ils requièrent la participation de nombreux acteurs aux intérêts divergents, et leur amélioration passe par des transformations parfois contradictoires. D'autre part, le concept de performance est loin de faire l'unanimité. Les modèles utilisés pour l'évaluer paraissent souvent fragmentés, reflétant les préoccupations et les intérêts divergents des nombreuses catégories d'acteurs impliqués.



Remerciements

Nous tenons d'abord à remercier chaleureusement ceux qui ont permis au 3e symposium de la Conférence lusofrancophone de la santé (COLUFRAS) de se tenir, en particulier le comité scientifique de la conférence, le bureau de la COLUFRAS, le Conseil national des secrétaires d'État à la santé (CONASS) et la Secrétaire à la santé de l'État du Mato Grosso do Sul. Nous souhaitons aussi remercier tous ceux qui ont permis à ce livre de voir le jour : le Réseau de recherche sur la santé des populations du Québec (RRSPQ) et l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) qui ont participé financièrement à la publication. Bien sûr, nous remercions aussi les Presses de l'Université de Montréal, en particulier les personnes qui ont révisé avec une grande attention les différents chapitres de ce livre.

Introduction

André-Pierre Contandriopoulos et Hung Nguyen

En ce début de XXIe siècle, les pouvoirs publics et les citoyens de tous les pays s'interrogent sur la capacité de la société, dans les années à venir, à assurer de façon efficace un accès libre et équitable à des services de qualité pour toutes les personnes qui souffrent. Cette question est importante, non seulement parce qu'elle témoigne de l'inquiétude des citoyens de ne pas pouvoir être bien soignés quand la maladie se manifeste, mais aussi parce qu'elle soulève des enjeux politiques et éthiques fondamentaux. Ce qui est en cause, c'est la capacité de l'État à maintenir un équilibre dynamique entre trois exigences également importantes qui entretiennent entre elles des relations paradoxales : l'équité par rapport à la santé et aux soins, les libertés individuelles, au cœur de la démocratie, et l'obligation d'utiliser au mieux les ressources pour maximiser la qualité des soins, la sécurité et la santé (figure I.1).

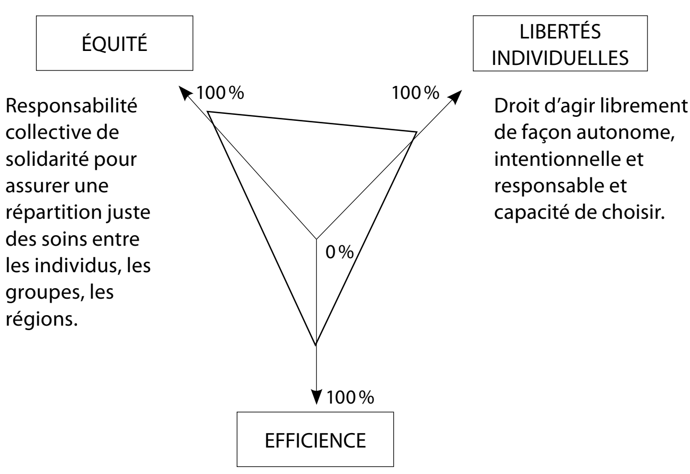
Il faut trouver un équilibre entre ces trois valeurs en gardant à l'esprit que le fait d'insister sur l'une risque d'entraîner une détérioration d'au moins une des deux autres. Le maintien de cet équilibre est un enjeu politique majeur. En effet, comme le disait Foucault en 1997, la justification première de l'action de l'État dans nos sociétés démocratiques est de permettre à la vie de s'exprimer le plus généreusement possible. En outre, depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, l'État n'a plus seulement pour responsabilité de permettre aux femmes et aux hommes de vivre, il doit aussi leur permettre de vivre en bonne santé[1]. Dans la plupart des

1. Au Brésil, la mise en place du Système unique de santé (SUS) est la réponse à ce droit fondamental qui est inscrit dans la Constitution.



FIGURE I.1

Les grandes valeurs du système de soins



pays, cette évolution a donné lieu à la mise en place de régimes publics d'assurance maladie. Et aujourd'hui, compte tenu de l'importance symbolique, financière et sociale des systèmes de santé, on peut dire qu'ils sont le miroir de la société tout entière[2] : et si, dans un pays, il est inéquitable, plein de passe-droits, sclérosé, peu respectueux de la dignité humaine et des droits des personnes vulnérables, il est fort probable que la société tout entière soit à cette image.

Les défis à relever dans le système de santé[3]

Au cours des cinquante dernières années, aucun réseau n'a soulevé autant d'espoirs et n'a été, en même temps, le sujet d'autant de débats et de désarrois que le système de santé. Pour comprendre ce paradoxe, qui n'est propre ni au Québec, ni au Canada, ni au Brésil, il est instructif de partir d'un double constat et d'en tirer des conséquences.

2. Cette idée repose sur le séminaire de Pierre Bourdieu au Collège de France sur l'État.

3. Dans ce chapitre, le terme système de santé fait référence au système des soins de santé ou des services de santé et non au système de santé qui s'intéresse non seulement aux soins de santé, mais aussi à l'ensemble de tous les facteurs qui touchent la santé des populations.

On peut commencer par constater que les systèmes de santé des pays occidentaux, malgré la très grande diversité de leurs arrangements institutionnels (formes de financement, décentralisation, disponibilité des ressources, couverture), font face aux mêmes défis. Si l'ampleur des problèmes varie d'un pays à l'autre, leur nature reste la même. Il suffit pour s'en convaincre de consulter les sites d'organismes comme le Commonwealth Fund, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), l'Observatoire international de la santé et des services sociaux (OISSS), et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans tous les pays, on observe des pénuries de ressources et de personnel, des temps d'attente souvent longs pour l'accès aux soins, un manque de valorisation de la médecine de première ligne et une intégration insuffisante avec le reste du système, des tensions croissantes entre les assureurs publics et privés, des débats récurrents sur la privatisation, de graves problèmes de qualité des soins, une incapacité chronique à contenir la hausse du coût des médicaments, des scandales à répétition au sujet des soins donnés aux personnes vulnérables, notamment aux personnes âgées, un manque croissant d'équité et, de façon générale, des interrogations sur la viabilité économique des régimes publics d'assurance maladie.

On remarque aussi que les projets de réforme ne parviennent pas à infléchir de façon durable la trajectoire d'évolution des systèmes de soins. Si les mêmes solutions sont explorées partout – maintenir ou accroître le financement public, décentraliser et intégrer les soins, mettre le patient au centre des préoccupations, améliorer la qualité, déplacer le centre de gravité du système de l'hôpital vers la première ligne, encourager la prévention, améliorer les systèmes d'information, repenser la gouvernance et l'imputabilité, adapter la formation des professionnels aux nouvelles exigences et transformer les modalités de financement –, elles ne sont implantées que de façon partielle, voire pas du tout.

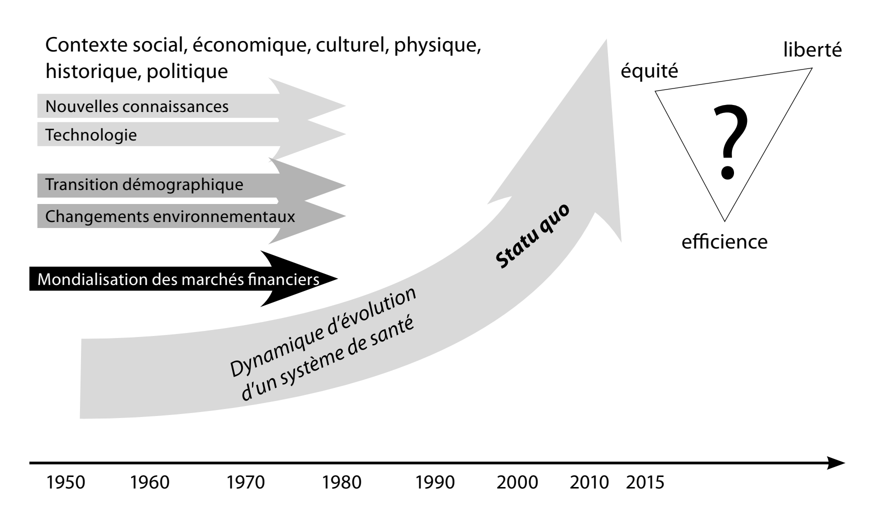
Dès lors, si les systèmes de soins des différents pays font face aux mêmes défis malgré leurs arrangements institutionnels variés, il faut en conclure que les causes de leurs problèmes sont largement indépendantes des arrangements institutionnels et qu'elles sont les mêmes partout (figure I.2).

On assiste à une forme de mondialisation de l'évolution des connaissances et des techniques dans le domaine de la santé. Ces facteurs influencent la façon dont s'exerce la médecine. Les nouvelles connaissances et les « progrès » technologiques ne résultent pas d'une décision



FIGURE I.2

La trajectoire d'évolution du système de santé



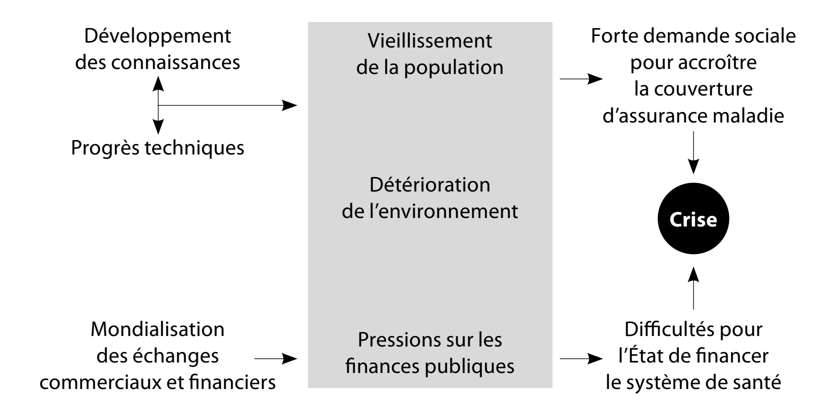
démocratique, mais s'imposent en fonction d'une logique qui leur est propre et sur laquelle les États ont peu de pouvoir, même si leurs conséquences sociales et économiques sont considérables. L'influence de ces forces sur l'évolution du système de santé est amplifiée, car elles interagissent avec le vieillissement de la population et la dégradation de l'environnement qui accroît en permanence les attentes de la population et la demande de soins. Mais, en même temps, des forces contraires agissent. La mondialisation des marchés financiers, et entre autres la multiplication des paradis fiscaux, oblige les États à contrôler leurs dépenses en période de crise, comme c'est le cas de façon évidente depuis 2008[4].

La combinaison de l'ensemble des phénomènes que nous venons de décrire fait en sorte qu'il est de plus en plus difficile de maintenir, dans le système de santé, un équilibre satisfaisant entre les valeurs d'équité, de liberté et d'efficience. Dans tous les pays, l'écart entre les attentes de la population et les services offerts par le système de santé ne cesse de s'agrandir (figure I.3).

4. « Les manques à gagner dans le Trésor public qu'occasionne le recours aux paradis fiscaux par les grandes entreprises et les particuliers fortunés expliquent en grande partie les plans d'austérité décidés par les gouvernements toujours officiellement en manque de moyens » (Deneault, 2016, p. 11).

FIGURE I.3

La crise universelle des systèmes de santé



Source : A. P. Contandriopoulos

En conséquence, la capacité de réformer les systèmes de santé peut être mise en cause. Le problème ne semble pas être de savoir ce qu'il faut faire, mais bien comment mettre en œuvre les solutions souhaitables. Les projets de réforme des systèmes de santé semblent impuissants à modifier la trajectoire d'évolution de ces systèmes. L'inquiétude grandit et deux questions restent sans réponse : Pourquoi n'arrive-t-on pas à faire ce qui est souhaitable ? Comment mettre en œuvre les changements nécessaires ?

La crise du système de soins et la nécessité d'une réforme

La figure I.4 schématise la situation. D'une part, la population aspire à bénéficier d'un accès facile et équitable à tous les services de santé. D'autre part, la mondialisation des marchés financiers, en particulier la crise mondiale des finances publiques, oblige les pouvoirs publics à contrôler les dépenses de santé. Ce contrôle est nécessaire pour que les pays conservent leur capacité à agir de façon démocratique. Sans lui, la responsabilité des systèmes de santé risque d'être transférée aux financeurs qui feront prévaloir leurs intérêts plutôt que ceux des citoyens.

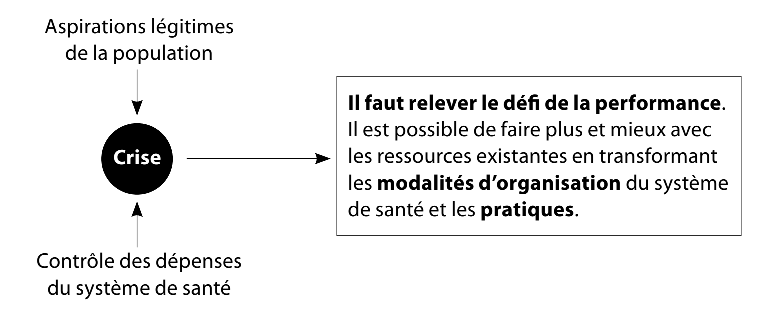
La crise financière et économique de 2008[5] donne à voir, de façon tout à fait explicite, la position délicate dans laquelle sont placés les

5. L'ampleur de la crise a été accentuée par les baisses d'impôts qui ont eu lieu durant la période de croissance économique des années 2000.



FIGURE I.4

La nécessité de réformer le système de soins



gouvernements : s'ils veulent conserver leur capacité à agir de façon démocratique, ils doivent restreindre les dépenses publiques, donc les dépenses de santé, afin de ne pas alourdir la dette. Ce faisant, ils risquent de perdre leur légitimité auprès de la population qui les a élus et qui s'attend à bénéficier d'un accès équitable à des services de santé de qualité. Devant ce dilemme, les pouvoirs publics ne peuvent tenir un autre discours que celui de la réforme. Tous disent : « Il est possible de faire plus et mieux avec les ressources existantes. » Or le fait de s'engager sur une trajectoire d'amélioration continue de la performance implique des changements importants dans les structures, dans les pratiques des acteurs et dans la gouvernance du système et des organisations de santé.

La réussite des transformations requises repose, entre autres choses[6], sur la possibilité d'élaborer, de développer et d'utiliser de nouveaux outils d'évaluation de la performance.

---

6. Il est clair que si l'évaluation globale et intégrée de la performance des organisations et des systèmes de santé est nécessaire pour piloter des réformes, elle est loin d'être suffisante. La résistance des groupes dominants dans le système actuel joue un rôle très important et les échéances politiques ne favorisent pas les réformes dont les résultats sont à long terme.

PREMIÈRE PARTIE

LE CONCEPT DE PERFORMANCE

CHAPITRE 1

Conception et évaluation de la performance des organisations et des systèmes de santé

André-Pierre Contandriopoulos, François Champagne, Geneviève Sainte-Marie et Georges-Charles Thiebaut

L'appréciation de la performance d'une organisation ou d'un système de santé est une activité qui s'inscrit dans le domaine de l'évaluation. On peut, de façon générique, la définir comme « l'ensemble des activités qui permettent de porter un jugement de valeur sur la performance d'une intervention en s'appuyant sur des informations scientifiquement valides et socialement légitimes pour agir » (Brousselle *et al.*, 2011). Dans l'état actuel des connaissances sur l'évaluation, le fait que les systèmes et les organisations de santé soient complexes pose à l'évaluateur des questions difficiles.

Des interventions complexes

Selon Glouberman et Mintzberg (2002 : 12) si partout dans le monde les organisations et les systèmes de santé sont si difficiles à gérer, c'est que « le système [de santé] est l'un des plus complexes de la société contemporaine » et que les hôpitaux, en particulier, sont des organisations extraordinairement complexes. Begun, Zimmerman et Dooley (2003 : 255) constatent, eux, que les recherches sur les organisations de santé « *individually and collectively be best facilitated by comprehensive application of*



the metaphor of the system as a living organism, rather than the system as a machine ».

Pour Patton, il s'agit du problème central auquel il faut trouver des réponses pour que l'évaluation soit à la hauteur des attentes des décideurs : « *Evaluation has explored merit and worth, processes and outcomes, formative and summative evaluation ; we have a good sense of the lay of the land. The great unexplored frontier is evaluation under conditions of complexity.* »

Les systèmes et les organisations de santé sont des systèmes organisés d'action

Les systèmes de santé et les organisations de santé peuvent être conçus comme un système organisé d'action – lui-même constitué de plusieurs sous-systèmes organisés d'action interdépendants ayant chacun un certain degré d'autonomie – qui vise, dans un environnement précis et à un moment donné, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger un ou des problèmes.

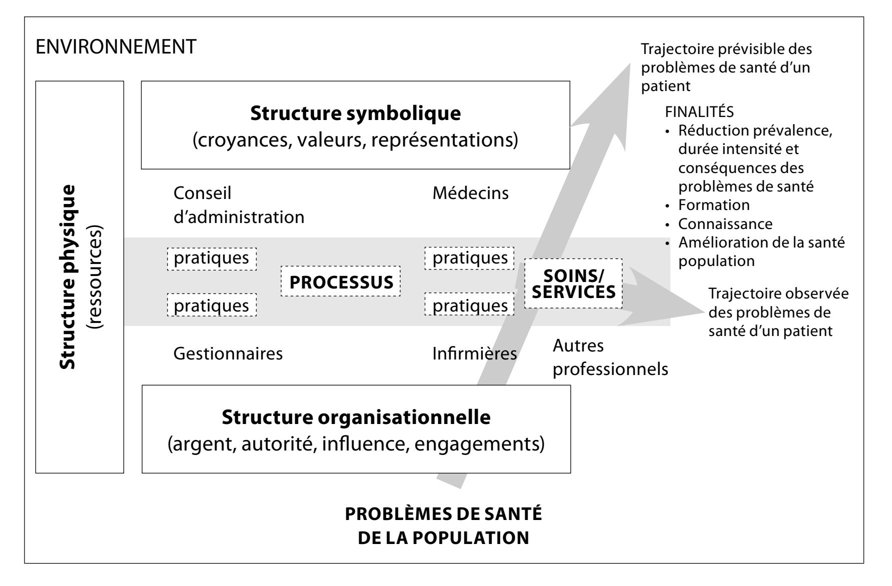
Un système organisé d'action (voir la figure 1.1) peut se décrire en considérant, d'une part, ses cinq composantes : sa structure, les acteurs individuels et collectifs qui interagissent et dont les pratiques déterminent des processus d'action, la ou les finalités du système et son environnement[1]. Et, d'autre part, les quatre fonctions qu'il doit accomplir pour exister et progresser au cours du temps.

1. Cette conception de ce qu'est un système organisé d'action découle des réflexions des sociologues qui ont travaillé sur la structuration de l'action collective : Parsons ; Crozier et Freidberg ; Freidberg ; Rocher ; Bourdieu, Wacquant et Giddens. Elle nous paraît suffisamment courante pour caractériser d'une façon générale toute intervention. En effet, par définition, un système est : « un ensemble organisé d'éléments », « un ensemble coordonné de pratiques tendant à obtenir un résultat », « l'armature économique, politique morale d'une société donnée ». *Le Petit Robert* (1987 : 1909). Crozier et Freidberg (1977 : 33) précisent : « D'une certaine façon, dire qu'il n'y a pas d'action sociale sans pouvoir n'est qu'une autre manière de dire qu'il n'y a pas – et ne peut y avoir – de champ non structuré. Car si toute structure suppose, crée et reproduit du pouvoir, c'est-à-dire des inégalités, des rapports de dépendance, des mécanismes de contrôle social, on peut affirmer aussi qu'il ne peut y avoir non plus de pouvoir sans structures. Car, les structures, par les cloisonnements, les entraves à la communication, les détours pour l'action qu'elles imposent, fournissent les protections nécessaires pour affronter les phénomènes de pouvoir, c'est-à-dire, finalement, pour rendre possible la coopération des hommes. »



FIGURE 1.1

Les organisations de santé en tant que systèmes organisés d'action



Source : Observatoire sur la performance des organisations de santé de l'Université de Montréal (OPOSSUM)

La structure

La structure a trois dimensions interdépendantes. D'abord, une dimension physique, qui correspond au volume et à l'organisation des différentes ressources du système (financières, humaines, immobilières, techniques et informationnelles). Ensuite, une dimension organisationnelle, qui correspond à l'ensemble des lois, des règlements, des conventions et des règles de gestion formelles et informelles qui définissent comment les ressources – l'argent, le pouvoir, l'influence – se répartissent et s'échangent. Ce sont les « règles du jeu » des systèmes d'action. Elles structurent les modalités de contrôle et de coordination et le système de reconnaissance. Enfin, elle possède une dimension symbolique, qui correspond à l'ensemble des croyances, des représentations et des valeurs qui permettent aux différents acteurs concernés par l'intervention de communiquer entre eux et de donner un sens à leurs actions. Cette dimension est à l'origine des normes qui prévalent dans le système. Ces trois dimensions sont interdépendantes.

Les processus d'institutionnalisation des normes et des valeurs dans les modalités d'organisation, compte tenu des contraintes de la structure physique, construisent au fil du temps la structure de l'espace social dans lequel interagissent les acteurs[2].

La stabilité d'un système repose ainsi sur la cohérence qui existe entre la structure symbolique, d'une part, et la structure organisationnelle et physique, d'autre part.

Les acteurs et leurs pratiques

Les acteurs d'un système organisé d'action[3] peuvent être des acteurs individuels (par exemple, des gestionnaires, des médecins, des infirmières, du personnel de soutien, des administrateurs, etc.) ou des acteurs collectifs (des groupes d'acteurs ou des organisations). Ces acteurs interagissent dans un jeu permanent de coopération et de concurrence[4] pour accroître leur contrôle sur les ressources critiques du système d'action (argent, pouvoir, influence, définition des normes sociales) et pour faire fonctionner les processus permettant au système d'atteindre ses buts. Les acteurs n'interagissent pas dans le vide. Ils pratiquent dans des espaces sociaux structurés.

Les pratiques (ou les conduites) des acteurs sont largement interdépendantes ; elles sont non seulement influencées par les structures du système,

2. L'espace social structuré ou le « champ », dans lequel les acteurs interagissent, est « à la fois un champ de force, dont la nécessité s'impose aux agents qui s'y trouvent engagés, et un champ de luttes à l'intérieur duquel les agents s'affrontent, avec des moyens et des fins différenciés selon leur position dans la structure du champ de force, contribuant ainsi à en conserver ou à en transformer la structure » (Bourdieu, 1994 : 55).

3. Les acteurs sont les éléments constitutifs de base du système organisé d'action. Begun, Zimmerman et Dooley (2003 : 255) insistent sur le fait que les : « *agents are the central actors in abstract models of Complex Adaptive Systems (CAS)* ».

4. Bernard Chapais (2012 :1), montre que la coopération et la compétition sont à la base des comportements humains. Considérant que les rapports sociaux sont des vecteurs de besoins de l'individu, il regroupe l'ensemble de nos universaux derrière deux habiletés fondamentales : la coopération et la compétition : « Ces deux aspects sous-tendent toutes les activités sociales et répondent à des besoins fondés biologiquement, que ce soit la reproduction, l'approvisionnement, le statut social, la protection ou encore l'acquisition de connaissances et d'informations… De telles catégories ne sont pas des créations culturelles, mais ont un ancrage biologique dont on connaît les mécanismes. Les fonctions qu'elles remplissent sont des fonctions adaptatives. » Les catégories de Bernard Chapais constituent à ses yeux le fondement de la nature humaine, puisque les processus qui leur sont sous-jacents, les besoins auxquels elles répondent, les émotions par lesquelles elles s'expriment et les mécanismes cognitifs à l'œuvre sont eux-mêmes naturels.

mais elles agissent aussi au cours du temps sur ces structures pour les transformer en réponse aux pressions de l'environnement. La forme et le contenu des pratiques dépendent des ressources dont disposent les acteurs, de leurs projets et des dispositions qu'ils ont acquises tout au long de leurs vies par des processus d'apprentissage[5]. Chaque acteur se caractérise en effet, de façon indissociable et récursive par ses structures mentales et cognitives[6] (sa vision du monde, ses valeurs, ses connaissances et ses croyances, ses intentions et ses projets), par les ressources (économiques, culturelles, sociales et biologiques) qu'il possède ou qu'il contrôle et qui définissent sa position dans le champ, et par ses dispositions[7]. Tout changement dans l'un de ces quatre éléments entraîne des transformations dans les trois autres et dans les relations que l'acteur entretient avec son environnement et les autres acteurs. Ainsi, si de nouvelles connaissances modifient sa perception des choses ; si les techniques qu'il mobilise varient ; si de nouvelles lois s'appliquent ; si ses projets évoluent ; si ses croyances et ses valeurs se modifient ; enfin, si de nouvelles incitations (économiques et symboliques) sont introduites (chan-

---

5. Pour Bourdieu (1994), les dispositions sont des schèmes d'action ou de perception que l'individu acquiert dans son expérience sociale. Tout au long de sa vie, l'individu incorpore lentement un ensemble de manières de penser, de sentir et d'agir – des dispositions – qui se révèlent durables et qui permettent aux personnes d'interagir socialement. Ces dispositions sont ainsi à l'origine des pratiques futures des individus. Les dispositions correspondent à ce que des auteurs comme Philip Anderson appellent des « schemata ». « *Agent in CAS models needs not to be prisoners of a set of fixed rules. […] In routinized situations, actors can employ recipes, but in the face of greater uncertainty, problems solving responses based on blueprints are necessary […] In social psychology, such blueprints are termed shemata* » (Anderson, Ph. 1999 : 221).

6. La structure mentale et cognitive est, selon Bourdieu (1992), constituée par les catégories de perception qu'un acteur utilise de façon généralement inconsciente dans une société donnée, à un moment donné, pour interagir avec les autres. Plus la structure mentale et cognitive d'un agent est conforme aux valeurs, à la culture, au système dominant de croyances d'une société, plus cet acteur sera enclin à trouver « normaux », « naturels », l'ordre établi et les relations de pouvoir qui prévalent. Ainsi, « l'interaction entre un médecin, un interne, une infirmière est sous-tendue par des rapports de pouvoir qui ne sont pas toujours immédiatement apparents dans l'interaction telle qu'on peut l'observer » (Bourdieu, Wacquant 1992, p.53). Ces rapports de pouvoir inconscient façonnent les relations qui existent entre ces acteurs et contribuent à maintenir le *statu quo*.

7. L'ensemble de ces quatre éléments forge ce que Bourdieu appelle « *l'habitus* ». « *L'habitus* est un mécanisme structurant qui opère de l'intérieur des agents, bien qu'il ne soit pas à proprement parler ni strictement individuel ni à soi seul complètement déterminant des conduites. L'*habitus* est […] le principe générateur des stratégies qui permet aux agents d'affronter des situations très diverses. Produit de l'intériorisation des structures externes, l'*habitus* réagit aux sollicitations du champ d'une manière grossièrement cohérente et systématique. […] L'*habitus* est opérateur de rationalité, mais d'une rationalité pratique, […] il est créateur, inventif, mais dans les limites de ses structures » (Bourdieu, Wacquant 1992 : 25-26).

gement dans les modalités de financement, de rémunération, des règles de promotion, etc.), alors ses pratiques se modifieront.

L'internalisation par les acteurs des exigences du champ où ils pratiquent se fait d'abord durant leur formation, puis tout au long de leur vie par les processus d'apprentissage qui accompagnent naturellement toutes les conduites humaines.

Plus l'internalisation par les acteurs des normes collectives et des exigences du champ où ils exercent est complète, et mieux les modalités d'organisation reflètent et renforcent les valeurs et les représentations collectives (institutionnalisation des valeurs dans les modalités organisationnelles). Plus le système organisé d'action se montre stable et légitime, plus il a tendance à suivre une trajectoire prévisible et plus son inertie est grande. Il est alors très difficile de le transformer ; les acteurs à divers intervalles pratiquent de la même façon, ils ne peuvent même pas imaginer que ce qu'ils ont toujours fait puisse changer.

Les processus

Un système organisé d'action est un réseau de processus de production interdépendants dont les interactions régénèrent continuellement le système en tant qu'entité concrète dans un contexte[8].

Par processus d'action, on entend l'ensemble des activités durant lesquelles et par lesquelles les ressources sont mobilisées et employées par les acteurs afin de produire les biens et services requis pour permettre au système d'atteindre ses finalités (figure 1.2). Les processus constituent en quelque sorte la colonne vertébrale des systèmes organisés d'action. Ils relient les ressources aux biens et services produits et aux résultats atteints.

D'une façon plus précise, on peut définir un processus comme l'organisation logique et séquentielle par les acteurs d'un système, des ressources humaines et matérielles, de l'énergie et des procédures, en activités et services destinés à produire un résultat particulier (un produit, un traitement) pour un client (un patient).

Dans un système organisé d'action, les processus s'articulent avec les autres de façon plus ou moins complexe, en fonction des finalités du système et des exigences de l'environnement. Dans le domaine de la santé,

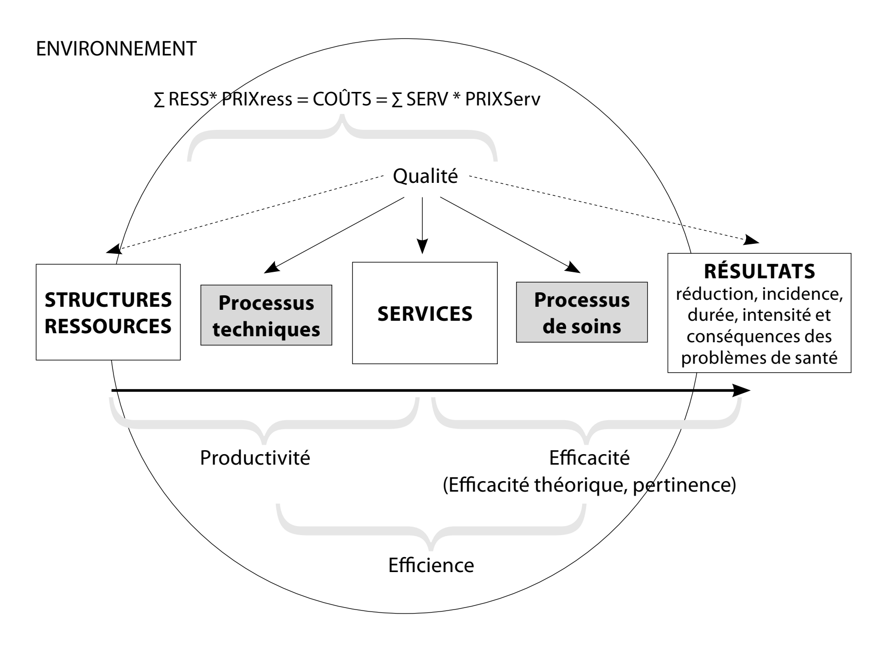
---

8. C'est en fonctionnant dans son contexte que le système organisé d'action « définit sa topologie » (adapté de Varela, 1989).



FIGURE 1.2

Les processus d'un système organisé d'action



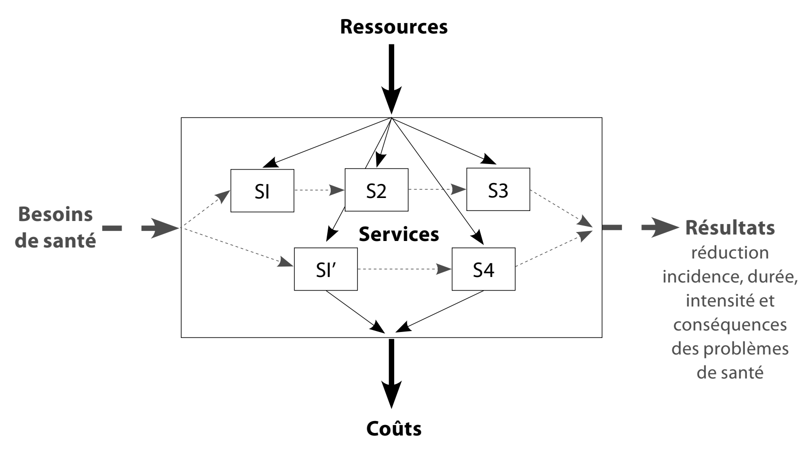
Source : Observatoire sur la performance des organisations de santé de l'Université de Montréal (OPOSSUM)

les processus sont de deux natures. On peut distinguer, bien qu'ils soient imbriqués les uns dans les autres, les processus techniques qui emploient des ressources pour produire des biens et des services, et des processus de soins qui consistent à agencer les biens et services pour offrir des soins dont le but est de réduire la prévalence, la durée, l'intensité et les conséquences des problèmes de santé. Concrètement, les processus de soins visent à accueillir, à observer, à écouter, à rassurer, à diagnostiquer, à prévenir, à traiter, à orienter, à pallier, et à suivre les patients et leurs problèmes de santé.

En fait, les processus techniques et les processus de soins ne sont pas dans une relation séquentielle. Ces deux processus existent de façon simultanée (figure 1.3). Horizontalement, on observe les processus qui permettent d'agencer les biens et les services pour offrir des soins (logique des processus de soins) avec, comme finalité, un résultat de santé. Et,

FIGURE 1.3

L'interdépendance des processus de soins et des processus techniques



Source : L. Farand (2011)

verticalement, on lit les processus qui mobilisent les ressources pour produire des biens et des services (logique des processus techniques) et qui occasionnent des coûts[9].

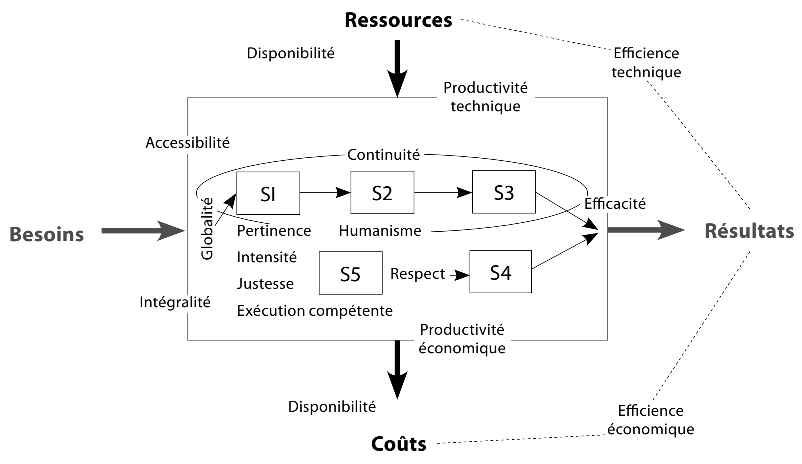
On peut (figure 1.2) caractériser les processus en considérant les concepts de productivité (relation entre les ressources et les biens produits), d'efficacité (relation entre les biens et services et les résultats), d'efficience (relation entre les ressources et les résultats) et de qualité (ensemble *des attributs du processus de soins* qui favorise l'atteinte du meilleur résultat possible). Mais on peut aussi raffiner la présentation de l'agencement entre ces concepts en se référant à la figure 1.4. On remarque notamment que le concept général de qualité se décompose en plusieurs concepts plus particuliers en fonction du niveau d'analyse considéré (les services spécifiques, les épisodes de soins ou le système de soins) et en distinguant les aspects techniques des aspects interpersonnels.

Les processus émergent le plus souvent des décisions prises par les professionnels et les gestionnaires qui ont plus ou moins d'autonomie. Les processus dépendent des pratiques des acteurs et, dans le domaine de la santé, particulièrement des pratiques des professionnels.

9. Un coût étant toujours par définition une quantité multipliée par un prix (figure 1.2).

FIGURE 1.4

L'appréciation des processus



Source : L. Farand (2011)

Les inefficiences les plus criantes des systèmes et des organisations de santé résultent du manque d'intégration et de coordination des processus. Les processus sont les lieux où se négocient concrètement les équilibres toujours instables entre le besoin de coordination et la nécessité de respecter les libertés professionnelles. Ces équilibres se négocient localement en fonction des finalités et des contraintes régionales ; il est peu réaliste de penser qu'il serait possible, dans un système ou une organisation de santé, de les piloter uniformément d'en haut[10].

Les finalités

Les finalités correspondent aux objectifs de l'intervention. Elles visent à modifier l'évolution d'un ou de plusieurs phénomènes en agissant dans le temps sur un certain nombre de leurs causes ou de leurs déterminants (objectifs particuliers de l'intervention) pour corriger un problème. Cette

10. La question de l'intégration est au cœur des projets de réforme des systèmes de santé. Au Québec, les débats sur les réformes entreprises par Gaétan Barrette depuis 2014 portent sur l'approche centralisatrice qu'il a adoptée pour améliorer l'intégration alors qu'il existe de nombreux travaux qui montrent que l'intégration doit se construire à partir de la base.

définition permet de comprendre d'abord que la finalité première d'un système organisé d'action est particulière à son niveau de responsabilité. Un système ne peut être tenu directement responsable que des effets qui sont attribuables aux services et aux biens qu'il offre. Ensuite, cette définition permet de constater que des systèmes organisés d'action, comme les hôpitaux ou les systèmes de soins, ne visent pas à modifier le cours d'un seul phénomène, mais bien d'un large ensemble de phénomènes. Certaines finalités sont exclusives, d'autres sont partagées. Enfin, il faut distinguer ce que l'on peut appeler les finalités immédiates des finalités ultimes qui, le plus souvent, ne dépendent pas exclusivement de ce que fait le système organisé d'action. Plus les acteurs sont nombreux dans un système, et plus ils ont d'autonomie, plus grande sera la diversité des finalités.

Partant de ces constats, on peut dire que la finalité première d'un système de soins ou d'une organisation de santé est de réduire l'incidence, la durée, l'intensité et les conséquences des problèmes de santé et des problèmes sociaux sur lesquels il peut intervenir en agissant sur les processus biologiques, psychiques et comportementaux des individus.

Par ailleurs, les systèmes et les organisations de santé peuvent contribuer à créer de l'équité ; participer à la formation et au développement des connaissances par la recherche ; maintenir un sentiment collectif de sécurité par rapport à la maladie dans la communauté et participer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Mais les systèmes de soins et les organisations de santé n'ont pas de responsabilité directe, et encore moins exclusive, sur l'ensemble des conditions sociales, économiques, culturelles, démographiques et environnementales qui influencent la capacité des personnes à vivre bien et longtemps.

La responsabilité des interventions concernant ces conditions – autrement dit sur les déterminants non médicaux de la santé – revient à ce que l'on pourrait appeler le système de santé ou, plus généralement encore, l'ensemble de la société et de toutes ses instances.

L'environnement

L'environnement d'un système organisé d'action est constitué par le contexte physique, juridique, symbolique, historique, politique, économique et social qui structure le champ dans lequel il fonctionne, ainsi que par tous les autres systèmes organisés d'action avec lesquels il interagit.

L'adaptation de tout système organisé d'action à son environnement est déterminante pour sa viabilité et son développement. C'est dans son environnement qu'il puise les ressources et l'énergie dont il a besoin, et sa légitimité repose sur sa capacité à répondre aux besoins de l'environnement. Pour les systèmes et les organisations de santé, il s'agit en premier lieu de répondre aux besoins de santé de la population. De plus, pour subsister et progresser, tout système doit pouvoir s'adapter aux pressions et aux transformations de son environnement tout en comprenant que toute adaptation à l'environnement contribue aussi à la modification de ce dernier.

Les caractéristiques de la complexité des systèmes organisés d'action

Les systèmes organisés d'action possèdent les principales caractéristiques qui qualifient les systèmes complexes.

Les systèmes ouverts sur l'environnement

La forme et la dynamique des systèmes organisés d'action dépendent de l'environnement dans lequel ils sont placés. Ils ont une capacité de régulation qui leur permet de *s'adapter* et, par conséquent, de se transformer en fonction des exigences du contexte, mais pas de façon passive, ils ont des *capacités d'apprentissage* qui leur donnent une autonomie suffisante pour *innover*. Ils sont ainsi à la fois autonomes et dépendants du contexte dans lequel ils doivent trouver les ressources et la légitimité dont ils ont besoin. Ce sont des systèmes qui, en reprenant la terminologie de Morin (1990), sont en constante « auto-éco-re-organisation » et qui, par ce fait même, participent à la structuration de leur environnement[11].

La complexité de la causalité

Les systèmes organisés d'action ne sont pas des organisations mécaniques, mais bien des systèmes dont le fonctionnement dépend de *l'interaction d'un grand nombre d'acteurs* qui ont tous un certain degré d'autonomie

11. Pour Morin (1990 : 31-32) « l'intelligibilité du système doit être trouvée, non seulement dans le système lui-même, mais aussi dans sa relation avec l'environnement, et cette relation n'est pas qu'une simple dépendance, elle est constitutive du système ».



dans leurs décisions de pratique. Les pratiques des acteurs sont au centre des processus des systèmes organisés d'actions et elles sont en partie déterminées par les règles du système et en partie dépendantes des dispositions, des projets et des ressources propres à chaque acteur. De plus, les pratiques sont à la fois déterminées par le système et déterminantes de la dynamique d'évolution du système dans son environnement. L'autonomie dont jouissent les professionnels dans les systèmes et les organisations de santé contribue à accroître le *caractère diffus de l'autorité*. La capacité de ces systèmes à innover repose en partie sur l'*émergence* de solutions qui résultent beaucoup plus de l'interaction entre les acteurs que de décisions délibérées et rationnelles venant d'en haut.

Dans ces systèmes, il existe en permanence des boucles de *récursivité* dont les conséquences sont difficiles à prévoir ; de petits changements peuvent avoir des conséquences considérables, et inversement.

L'équifinalité

Les systèmes complexes se caractérisent par la possibilité d'obtenir un même résultat à partir de plusieurs agencements différents des ressources. Le fait qu'ils sont ouverts sur l'environnement et qu'il existe des phénomènes permanents de récursivité fait en sorte que chaque solution à un problème est propre à une situation particulière. La façon de résoudre un même problème peut être différente d'un système ou d'une organisation à une autre, d'un environnement à un autre, d'une période à une autre. Toute politique qui vise à imposer une même solution indépendamment des relations entre un système et son environnement est inappropriée et risque d'entraîner des conséquences inattendues. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a que des cas particuliers et que chaque système organisé d'action n'est comparable qu'à lui-même. Même si les combinaisons possibles des attributs des différentes composantes de ces systèmes sont extrêmement nombreuses, la cohérence construite par les processus d'institutionnalisation des valeurs dans les modalités d'organisation et d'intériorisation par les acteurs des exigences du système fait en sorte que l'on peut seulement observer un nombre restreint de combinaisons dans un environnement donné. Ces configurations stables constituent des « attractors » (Anderson, 1999) autour desquels les systèmes évoluent sans pouvoir s'en écarter.

L'existence de paradoxes

Les systèmes organisés d'action doivent, pour survivre et se déployer, trouver des équilibres toujours instables entre des exigences contradictoires et néanmoins incontournables. Il leur faut, par exemple, rechercher à la fois de la flexibilité et du contrôle, de l'efficience et des relations humaines harmonieuses, une forte cohésion interne et une grande adaptabilité à l'environnement. De plus, dans le domaine de la santé, il faut aussi garantir les libertés professionnelles et accroître la coordination, favoriser la standardisation et permettre le « sur-mesure ». Pour Morin (1977 : 119) « toute relation organisationnelle, donc tout système, comporte et produit de l'antagonisme en même temps que de la complémentarité. Toute relation organisationnelle nécessite et actualise un principe de complémentarité, nécessite et plus ou moins virtualise un principe d'antagonisme. » La gouvernance de ces systèmes consiste à maîtriser des problèmes divergents et à mobiliser la richesse qui réside dans les tensions créées par les paradoxes[12].

Le principe hologrammatique

Selon Morin et Le Moigne (1999), le principe hologrammatique met en évidence l'apparent paradoxe des systèmes complexes dans lesquels non seulement la partie est dans le « Tout », mais aussi le « Tout » est dans les parties. On part de la notion d'hologramme, où une image, scindée en deux ou en plusieurs parties, ne se transforme pas en images mutilées, mais bien en images complètes dans chacune des parties. Par exemple, dans les organisations, certaines valeurs sont simultanément présentes dans les mécanismes de régulation et les structures, mais aussi dans l'esprit des personnes qui y travaillent. La société, le système de santé, le système de soins, les organisations et les professionnels de la santé constituent des systèmes organisés d'action qui ont chacun une certaine autonomie et qui, néanmoins, sont imbriqués les uns avec les autres. Ils interviennent à différents niveaux – micro, méso, macro – et interagissent entre eux. Les phénomènes de rétroaction que cela provoque font en sorte que la performance de l'un influence la performance des autres. Le principe

12. « Les problèmes divergents sont difficiles à quantifier ou à vérifier. [Contrairement aux problèmes convergents], ils ne semblent pas pouvoir être résolus, une fois pour toutes, par une solution unique. Plus on les analyse avec rigueur et précision, plus les solutions qui se présentent sont divergentes, contradictoires ou opposées » (Cameron 1986 : 548).



hologrammatique permet de comprendre qu'il est aussi important de bien distinguer l'échelle d'analyse sur laquelle on se place que de relier les niveaux entre eux.

L'inertie

Les systèmes organisés d'action évoluent sur une trajectoire avec une grande inertie. Cela ne veut pas dire qu'il ne puisse y avoir de changements radicaux, mais ils sont rares. La plupart des changements sont de nature incrémentale et ne changent pas de façon notoire la trajectoire d'évolution du système[13]. L'inertie résulte de l'interaction de deux processus constitutifs des systèmes. D'une part, le processus d'institutionnalisation des normes et des valeurs dans les modalités d'organisation du système qui structurent les incitations, les informations, les obligations qui vont orienter les pratiques des acteurs et, d'autre part, le processus d'intériorisation par les acteurs des valeurs, des représentations et des exigences du système. Ces deux processus donnent aux systèmes leur stabilité et leur permettent de résister aux pressions de l'environnement.

L'évaluation de la performance des interventions complexes

L'enjeu des systèmes de santé est de créer des catégories d'analyse permettant de porter un jugement sur la performance des systèmes complexes. Parsons a conçu la notion de fonction qui permet selon lui de mener l'analyse de tout système organisé d'action. « La notion de fonction, écrit Parsons (cité par Rocher, 1972 : 60), est centrale à la compréhension de tous les systèmes vivants. En effet, elle n'est rien d'autre que le corollaire de la notion de système vivant, dont elle décrit certains caractères, dont les uns concernent les rapports entre le système et son environnement, tandis que les autres ont trait à la différenciation interne du système lui-même. »

En s'appuyant sur la théorie de l'action sociale de Parsons (1937 ; 1977), on peut postuler que tout système organisé d'action, pour être performant, doit réaliser de façon équilibrée au cours du temps quatre grandes fonctions pour exister et se développer :

---

13. « *In path dependency, structural forces dominate, therefore policy movement is most likely to be incremental. Strong conjonctural forces will likely be required to move policy further away from the existing path onto a new trajectory* » (Wilsford 1994 : 252).



- S'adapter. Tout système doit interagir avec son environnement pour acquérir les ressources financières, humaines, matérielles et techniques nécessaires afin de répondre aux besoins, et il doit s'adapter aux exigences de l'environnement.
- Atteindre ses buts. Cette fonction est liée à la capacité du système d'atteindre des buts fondamentaux. Pour un système de santé, il s'agit en premier lieu de réduire l'incidence, la durée, la gravité et les conséquences des problèmes de santé (efficacité et efficience) et de contribuer à d'autres finalités de santé comme l'amélioration de la santé de la population ou la réduction des inégalités.
- Intégrer ses processus de production. Il s'agit d'intégrer et d'optimiser les processus pour produire un volume suffisant de services et maximiser la qualité des services, la productivité et l'accessibilité.
- Maintenir et développer des valeurs et une culture. Cette fonction donne un sens et de la cohésion entre les acteurs au sein du système. Concrètement, elle permet aux différents acteurs du système de soins de donner un sens à leurs actions et de trouver des motivations pour coopérer.

Nous proposons d'apprécier la performance d'un système ou d'une organisation de santé par le degré de réussite dans l'accomplissement de ces quatre fonctions et du maintien d'un équilibre dynamique entre elles.

Une définition globale et intégrée de la performance

Les travaux que nous menons depuis plus de vingt ans sur le concept de performance et son évaluation nous amènent à proposer la définition suivante : La performance d'un système organisé d'action est un construit multidimensionnel.

L'appréciation de la performance repose non seulement sur la mesure d'indicateurs de réussite dans chacune des quatre fonctions de l'organisation, mais aussi sur le caractère dynamique de la tension qui existe entre les quatre pôles, c'est-à-dire sur la capacité de la gouvernance à orchestrer les échanges et les négociations entre les quatre fonctions par les différents acteurs, pour les maintenir en équilibre.

La performance d'une organisation ne peut se concevoir que relativement à la performance de chacune de ses composantes et à celle du

réseau constitué par les autres organisations avec lesquelles elle interagit. C'est seulement dans la mesure où la performance d'une organisation contribue à celle du réseau qu'elle est véritablement performante.

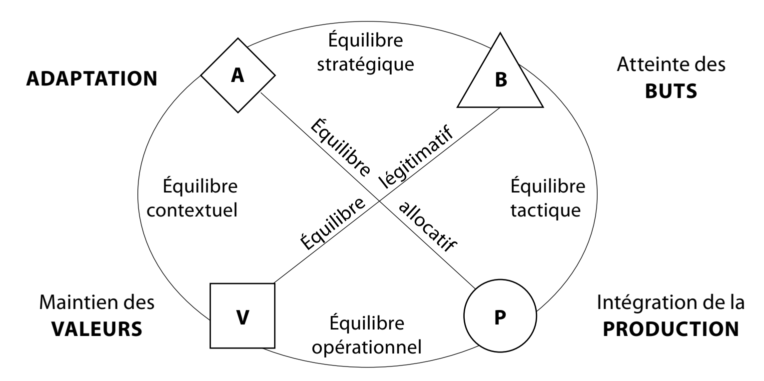
L'évaluation de la performance d'un système organisé d'action devrait permettre aux différentes parties prenantes de débattre et d'élaborer un jugement – en fonction de leurs croyances, de leurs connaissances, de leurs responsabilités, de leurs intérêts et de leurs projets – sur les qualités essentielles et spécifiques de l'organisation pour agir.

Graphiquement, ce modèle global et intégré de la performance du système de santé – modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (EGIPSS) – est illustré dans la figure 1.5. L'interdépendance entre les quatre fonctions est représentée par les six équilibres qui les mettent en relation les unes avec les autres.

1. *L'équilibre stratégique* évalue la compatibilité entre les ressources du système (l'adaptation) et ses finalités (les buts), ainsi que la pertinence des buts étant donné la capacité d'adaptation du système à son environnement.
2. *L'équilibre allocatif* évalue la justesse d'allocation des ressources (adaptation) nécessaires à la production et la compatibilité entre les impératifs de la production et les ressources disponibles.
3. *L'équilibre tactique* permet d'apprécier la capacité des mécanismes de contrôle découlant du choix des buts à gouverner le système de production et aussi la pertinence des buts au regard des impératifs de la production.
4. *L'équilibre opérationnel* manifeste la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement (ou négativement) le système de production, ainsi que l'effet des impératifs de la production sur les valeurs et le climat organisationnels.
5. *L'équilibre légitimatif* permet d'apprécier la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels, et de comprendre comment le choix et la poursuite des buts viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat.
6. *L'équilibre contextuel* rend compte de la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser posi-

FIGURE 1.5

Le modèle global et intégré d'évaluation de la performance des systèmes de santé (EGIPSS)



Source : Observatoire sur la performance des organisations de santé de l'Université de Montréal (OPOSSUM)

tivement le système d'adaptation et permet de comprendre comment les impératifs et les résultats de l'adaptation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel.

Les dimensions et les sous-dimensions de la performance

Pour mettre le modèle EGIPSS en action, il faut commencer par définir de façon aussi précise et exhaustive que possible les quatre dimensions de la performance et en identifier ses sous-dimensions.

L'adaptation

L'adaptation d'un système organisé d'action se manifeste par toutes les relations qui s'établissent entre le système et son environnement. Les relations entre un système et son environnement peuvent se décrire à partir des sous-dimensions décrites au tableau 1.1.

L'atteinte des buts

Cette fonction mesure la capacité de l'organisation à atteindre ses buts fondamentaux. Pour les systèmes et les organisations de santé, il s'agit de

TABLEAU 1.1

Les sous-dimensions de l'adaptation

Disponibilité de ressources	Quelles sont les ressources financières, matérielles et humaines dont dispose le système pour répondre aux besoins de la population ?
Capacité financière	
Capacité humaine	
Capacité matérielle	
Viabilité	Quel est le potentiel de durabilité et de pérennité du système ? Pourra-t-il satisfaire les besoins futurs de la population ?
Santé financière	
Capacité d'attirer et de retenir le personnel	
Santé administrative	
Ajustement aux besoins de la population	Jusqu'à quel point les ressources et la structuration du système s'ajustent aux besoins de la population ?
Justesse des services	
Adéquation de l'utilisation	
Facilité d'entrée	
Attractivité de l'organisation	Quelle est la capacité du système à attirer et à retenir une clientèle (situation concurrentielle favorable) ?
Capacité d'attraction des clientèles	
Capacité de rétention	
Solde migratoire (autosuffisance)	
Intégration systémique	Quelle est la capacité du système à établir des liens de coopération avec les autres systèmes d'action du milieu ?
Intégration de l'adaptation	
Intégration des valeurs	
Intégration de la production	
Intégration des finalités	
Mobilisation de la communauté	Le système peut-il compter sur l'appui de sa communauté ? Quelles sont l'étendue et l'intensité de son capital social ?
Action communautaire	
Capital social	
Innovation et transformation	Quelle est la capacité du système à innover et à se transformer ?
Adoption d'innovation	
Capacité d'innovation et d'apprentissage	

TABLEAU 1.2

Les sous-dimensions de l'atteinte des buts

Efficacité	Quels sont les résultats de santé et de bien-être attribuables aux services du système ?
Efficacité d'utilisation	
Efficacité populationnelle (habitudes de vies, incidences, résultats proximaux, intégration sociale)	
Efficience	Quels sont les résultats de santé et de bien-être obtenus en fonction des sommes investies ? (*value for money*)
Équité	Les ressources, les services de santé et les services sociaux, la santé et le bien-être, sont-ils répartis de façon juste (en fonction des besoins) entre les individus, les groupes sociaux, les régions, etc. ?
De disponibilité de ressources	
D'ajustement aux besoins	
De qualité	
De santé	
De bien-être	
Satisfaction des acteurs	Quel jugement global la population et les autres parties prenantes portent-elles sur le système ?

l'amélioration de l'état de santé des individus et de la population, de l'efficacité, de l'efficience, de l'équité et de la satisfaction des divers groupes d'intérêts (tableau 1.2).

La production

Cette fonction concerne l'intégration et l'optimisation des processus de production. Elle porte sur le noyau technique de l'organisation, elle vise à produire un volume approprié de services de qualité (tableau 1.3).

Le maintien et la promotion des valeurs

Cette fonction porte sur le maintien et la promotion des valeurs du système. Ce sont ces valeurs qui donnent son sens et sa cohésion au système. Elles constituent un réservoir de motivation pour les acteurs et sont à l'origine du climat de travail dans le système. Cette fonction sert de base aux trois autres (tableau 1.4).

TABLEAU 1.3

Les sous-dimensions de la production

Volume	Quel est le volume de production du système de soins ?
Volumes bruts de production	
Intensité des services	
Couverture	
Productivité	Comment les ressources sont-elles transformées en biens et services ?
Productivité technique	
Productivité clinique	
Productivité financière	
Qualité	Quelle est la correspondance entre les attributs des processus et des services et les normes professionnelles, techniques et sociales existantes (normes de qualité) ?
Qualité technique : Sécurité Justesse Exécution compétente	
Continuité (informationnelle, relationnelle et d'approche)	
Humanisme (respect, courtoisie, soutien et communication)	
Globalité (soins et services)	
Accessibilité (géographique, culturelle, économique et organisationnelle)	

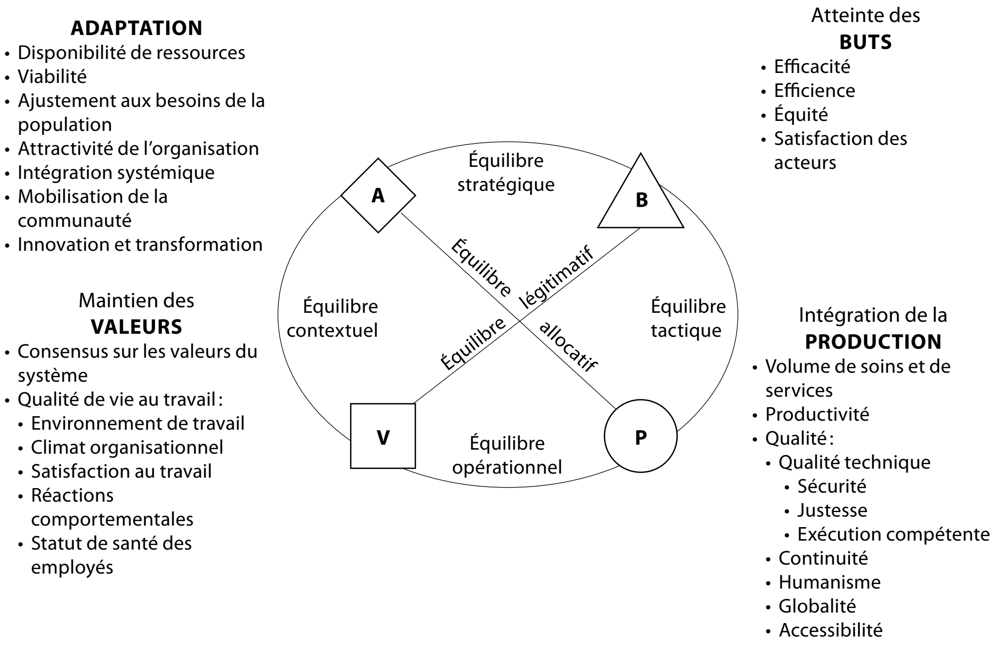
TABLEAU 1.4

Les sous-dimensions du maintien des valeurs

<table>
<tr><td>Consensus sur les valeurs</td><td rowspan="4">Quel est le consensus sur les manières d'être et d'agir reconnu comme idéal dans un système, entre les individus, les groupes ?</td></tr>
<tr><td>Interindividuels</td></tr>
<tr><td>Intergroupes</td></tr>
<tr><td>Employés-organisation</td></tr>
<tr><td>Qualité de vie au travail</td><td rowspan="6">Quelle est l'influence de l'interaction entre des éléments physiques liés à l'environnement de travail et des éléments psychologiques liés aux perceptions et aux émotions individuelles, sur les réactions comportementales des travailleurs ?</td></tr>
<tr><td>Environnement de travail :
Conditions objectives : régularité du lien d'emploi, charge, soutien, sécurité, disponibilité</td></tr>
<tr><td>Climat organisationnel :
Agrégation des perceptions : justesse du leadership, communication et soutien</td></tr>
<tr><td>Satisfaction au travail :
État affectif : nature du travail, charge, autonomie, rémunération, formation et avancement</td></tr>
<tr><td>Mobilisation du personnel :
Motivation, engagement et maintien en emploi, réactions comportementales</td></tr>
<tr><td>État de santé des employés :
Bien-être physique et psychologique</td></tr>
</table>

FIGURE 1.6

Le modèle global et intégré d'évaluation de la performance des systèmes de santé (EGIPSS)



Source : Observatoire sur la performance des organisations de santé de l'Université de Montréal (OPOSSUM)

En résumé, le modèle EGIPSS que nous proposons est schématisé dans la figure 1.6. Il permet de rendre compte de la performance de tout système ou organisation de santé dans sa complexité, et il peut être utilisé pour intégrer toutes les autres approches proposées afin d'évaluer la performance des systèmes et des organisations de santé.

Les étapes de l'évaluation de la performance

Avant d'entreprendre une évaluation de la performance, il est nécessaire de préciser la finalité de la démarche. L'engouement actuel pour l'évaluation de la performance des systèmes et des organisations de santé découle de deux exigences de plus en plus fortes.

D'une part, la population, et par conséquent les appareils politiques et technocratiques, s'inquiètent de l'état du système de santé. Des réformes et des restructurations majeures ont été faites à peu près partout et l'effet de ces transformations reste à montrer. Une première raison d'implanter des systèmes d'évaluation de la performance est donc de répondre à ces demandes croissantes d'imputabilité et de reddition de comptes.

D'autre part, on observe à peu près partout d'importantes variations dans les coûts, la qualité, l'efficacité et l'efficience des services donnés. Ces constats exercent de fortes pressions pour inciter les décideurs à améliorer de façon continue la performance des systèmes et des organisations dont ils sont responsables.

La figure 1.7 illustre la tension entre la recherche d'imputabilité et la mise en place de systèmes permettant l'amélioration continue de la performance. Ces deux finalités sont complémentaires, mais ne s'exercent pas sur le même plan. Le besoin d'une évaluation sommative pour rendre des comptes est d'autant plus grand que l'on se situe sur un plan macroscopique (évaluation du système de santé, ou du réseau hospitalier destiné à la population, au gouvernement – à la fois l'appareil technocratique et l'appareil politique – dans un but d'imputabilité) et qu'inversement, le besoin d'une évaluation permettant d'améliorer de façon continue le fonctionnement du

FIGURE 1.7

Les différents niveaux d'application du modèle EGIPSS

Outils d'imputabilité

MACRO	Système de soins	Imputabilité
MESO	Rapport public d'évaluation des hôpitaux	Imputabilité Amélioration

Outils de diagnostic stratégique

MESO	Hôpitaux Établissements	Imputabilité Amélioration
MESO	Programmes ou fonctions d'établissements	Amélioration Imputabilité

Outils d'amélioration

MICRO	Programmes, filières de soins	Amélioration

Imputabilité

Amélioration

Source : Observatoire sur la performance des organisations de santé de l'Université de Montréal (OPOSSUM)



FIGURE 1.8

Les quatre étapes de la mesure de performance

TRANSFERT DE CONNAISSANCE				
Indicateurs littérature Indicateur disponibles	Sélection des indicateurs	Mise en opération, collecte et validation des données	Élaboration du jugement	Utilisation dans l'action
ÉTAPE 1		ÉTAPE 2	ÉTAPE 3	ÉTAPE 4

système, des organisations et des pratiques est une nécessité pour les acteurs qui se situent sur le plan microscopique (les gestionnaires du système, les gestionnaires des opérations et les professionnels).

Après avoir précisé le plan sur lequel portera l'évaluation, la démarche évaluative se déroule de façon opérationnelle en quatre étapes (figure 1.8).

Étape 1 : La sélection des indicateurs

Le premier travail consiste à faire un état des connaissances sur les indicateurs utilisés pour évaluer les différentes dimensions du modèle et à répertorier tous les indicateurs disponibles dans les systèmes ou les organisations évalués. La sélection des indicateurs permettant de documenter de façon équilibrée et valide chacune des dimensions et sous-dimensions du modèle est critique. Elle devra être faite avec la double exigence de parcimonie et d'exhaustivité.

Les indicateurs doivent être choisis avec minutie pour refléter, de façon globale et exhaustive, toutes les dimensions de la performance (tableaux 1.1 à 1.4), mais on ne doit pas les multiplier inutilement. La contrainte de parcimonie variera selon le but poursuivi par l'évaluation et le public cible. Un système mis en place à des fins d'imputabilité contiendra moins d'indicateurs qu'un système visant l'amélioration continue de la performance. De même, un système visant l'amélioration comprendra moins d'indicateurs

lorsqu'il vise des gestionnaires qui travaillent à un échelon stratégique que lorsqu'il est utilisé par des professionnels ou des gestionnaires très proches des opérations.

Le choix des indicateurs devra aussi être réaliste, le dilemme ici étant de limiter le fardeau de la collecte de données tout en optimisant la qualité des indicateurs. Il y aura donc d'abord un choix à faire entre l'utilisation des données existantes, provenant de systèmes d'information administratifs, financiers ou cliniques existants et la collecte de données originales. Il est important de noter que la collecte de données originales ne représente pas obligatoirement un fardeau important. La faisabilité d'un système d'évaluation de la performance repose sur un mélange judicieux de données existantes et de données originales.

Les données secondaires ou originales retenues devront être fiables et valides. Il faudra, en particulier, porter une grande attention à la validité de l'inférence causale[14], autrement dit aux connaissances qui permettent de donner une signification, en matière de performance, à la variation d'un indicateur.

De plus, il faut garder à l'esprit que ce que l'on mesure dépend des valeurs, des connaissances, des intentions et des responsabilités des acteurs concernés par l'évaluation de la performance. On choisit de mesurer un message de ce qui est valorisé et de ce que l'on veut valoriser. Le choix des indicateurs retenus devrait ainsi être fait en concertation avec les parties prenantes à l'évaluation de la performance.

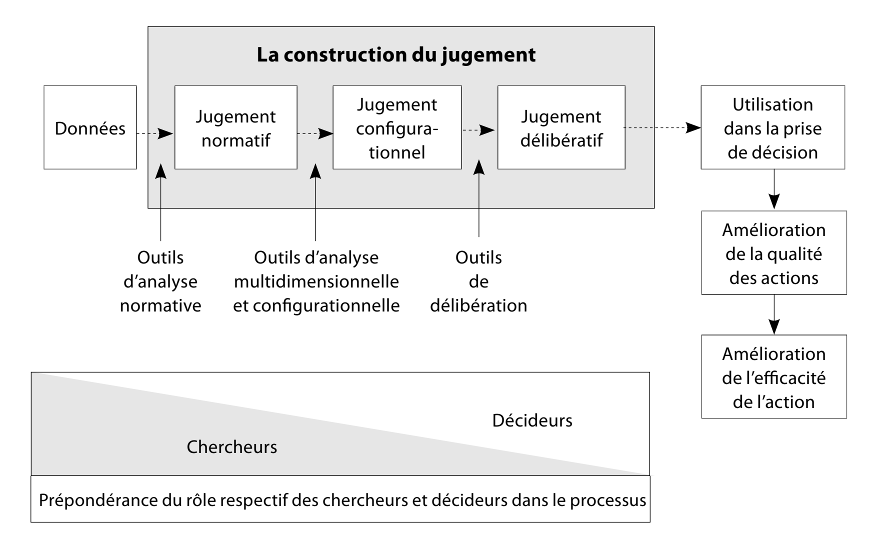
Étape 2 : Collecte et validation des données

Cette étape est souvent longue et fastidieuse, car elle exige de porter une très grande attention à la définition précise des indicateurs (numérateur, dénominateur, méthodes de calculs et sources des données), puis de mettre en place une validation des processus de saisie et de sélection des données. Les banques de données administratives et les systèmes d'information mobilisés sont souvent nombreux et on ne les a généralement pas constitués pour l'évaluation de la performance.

14. Pour Donabedian (1980), il s'agit de « l'enjeu le plus important à la rubrique de la validité, c'est la validité de l'inférence causale qui permet d'affirmer que certains processus entraînent certains résultats, ou qu'un résultat donné est la conséquence d'un processus antérieur spécifié ».

FIGURE 1.9

Les dimensions du jugement sur la performance



Source : Observatoire sur la performance des organisations de santé de l'Université de Montréal (OPOSSUM)

Quand on collecte les données à l'aide de questionnaires, toutes les règles qui garantissent la fiabilité et la validité des enquêtes doivent être respectées.

Une fois les données collectées, il faut les nettoyer et effectuer des analyses descriptives préliminaires pour s'assurer de leur qualité et de leur cohérence.

Étape 3 : Élaboration du jugement sur la performance

Les valeurs des indicateurs qui ont été obtenues durant l'étape précédente (les données sur la performance) sont, en tant que telles, insuffisantes pour porter un jugement sur la performance. Il est nécessaire que les différentes parties prenantes puissent interpréter ces données pour se former un jugement qui sera en mesure d'influencer leurs décisions.

La figure 1.9 montre que l'élaboration du jugement global sur le système ou les organisations de santé résulte de trois processus : le jugement normatif, le jugement configurationnel et le jugement délibératif.

Le jugement normatif: Pour pouvoir poser un jugement évaluatif, la valeur de chaque indicateur doit être comparée à une ou à des normes. Trois sources de normes sont possibles. Les normes autogènes (évolution de l'indicateur dans le temps et objectif poursuivi), les normes endogènes (moyenne, *benchmark*, témoins sélectionnés et politiques) et les normes exogènes (littérature, jugement d'experts, moyenne ou benchmark externe). Une fois les normes retenues, un indice relatif (IR) est calculé pour chaque indicateur. Ces IR servent ensuite à illustrer le degré de performance par sous-dimension, à établir des organisations ou des systèmes particulièrement performants et à calculer des scores agrégés par sous-dimension.

Le jugement configurationnel: Le jugement que les décideurs peuvent formuler grâce au modèle EGIPSS repose sur le postulat qu'aucun indicateur n'est suffisant à lui seul pour révéler les problèmes ou la qualité des processus des systèmes ou des organisations de santé dans leur complexité et leur dynamique. Pour porter un jugement sur la performance d'une organisation, on a besoin de l'apprécier grâce à des configurations d'indicateurs qui éclairent simultanément les quatre fonctions du modèle. Plus la conceptualisation des processus sous-jacents est valide et complète, plus le jugement devrait être valide. Pour aider les décideurs à accroître la validité de leur jugement, il est utile de formaliser les modèles logiques permettant de mettre en relation les différentes sous-dimensions du modèle. Quatre types de relations peuvent exister entre les sous-dimensions. Tout d'abord, on peut rencontrer une relation de causalité: la performance d'une sous-dimension est directement influencée par la performance d'une autre sous-dimension, par exemple, la relation qui existe entre *l'acquisition des ressources* et *l'utilisation des services par la population*. Il peut exister aussi une relation d'arbitrage. Dans ce type de relation, il faut maintenir un équilibre entre deux sous-dimensions: favoriser l'une d'entre elles pourrait se faire au détriment de l'autre, accorder trop d'importance à la *productivité des soins et services* pourrait hypothéquer la *qualité non technique*. On note également la relation contingente, lorsque la relation entre deux sous-dimensions dépend d'une troisième, et enfin, la relation parabolique qui consiste en un U ou en un U inversé.

Les modèles logiques permettent de porter un jugement configurationnel, non plus en considérant chaque dimension ou indicateur, mais

en analysant la performance en fonction des relations entre les dimensions de la performance. Ainsi, ces modèles logiques ne produisent plus une information, mais un savoir soutenant la prise de décision, autrement dit « un ensemble de thèses et de questions à partir desquelles une activité peut être conduite ou une information acquérir un sens en générant, le cas échéant, de nouvelles thèses ou de nouvelles questions » (Hatchuel 1992 : 16).

Étape 4 : Utilisation dans l'action

Les jugements normatifs et les jugements configurationnels sont des jugements individuels. Or, les décisions managériales sont rarement prises individuellement. Elles impliquent toujours un processus politique, une négociation et la participation de multiples acteurs qui occupent des positions différentes et qui ont des critères de jugement différents. Il est donc nécessaire, pour que l'évaluation de la performance se traduise en action, d'organiser des processus délibératifs alimentés par les jugements configurationnels afin de générer une compréhension intersubjective permettant aux décideurs de s'accorder mutuellement sur une définition commune des situations et des actions à entreprendre. Ce processus permettra à un groupe, sur la base des modèles logiques et du jugement configurationnel, de recevoir et d'échanger des informations, d'examiner de façon critique un problème et de créer une compréhension rationnelle soutenant la prise de décision. Le but est de générer une rationalité critique et justifiée, fondée sur un débat argumenté. Dès lors, ce ne serait plus ni les résultats de l'évaluation ni la connaissance produite qui auraient de la valeur, mais l'interprétation collective faite par les utilisateurs qui mènent à l'action. Ces processus délibératifs devraient s'exercer de façon continue dans le temps pour que les résultats des décisions nourrissent, en boucles itératives, les décisions des acteurs.

Le jugement configurationnel et l'utilisation de processus délibératifs permettraient ainsi de modifier les schémas cognitifs des acteurs, engendreraient l'acquisition de nouvelles compétences et d'habiletés et généreraient des leviers d'actions pour améliorer de façon continue la performance des systèmes et des organisations de santé.

* * *

L'évaluation de la performance est un enjeu central des systèmes de santé contemporain afin d'en améliorer la gouvernance et la performance. Cependant, l'accent est actuellement mis sur l'utilisation des résultats de l'évaluation afin de renforcer les mécanismes de reddition de comptes, délaissant de ce fait les réflexions sur la conception de la notion de performance et l'élaboration de modèle d'évaluation. Pourtant, il est essentiel de proposer une définition de la performance et des modèles d'évaluation permettant de représenter la complexité et le caractère systémique des organisations et des systèmes de santé, tout en permettant d'en apprécier la performance par l'entremise d'un modèle multidimensionnel et dynamique.

Le modèle EGIPSS opérationnalisé autour de quatre fonctions en tension, 1) l'adaptation, 2) le maintien des valeurs, 3) la production 4) l'atteinte des buts, offre ces possibilités. De plus, ce modèle, par son utilisation à de multiples niveaux et l'élaboration de plusieurs formes de jugements, permet de réconcilier les tensions entre imputabilité et amélioration continue de la performance et d'accroître l'utilisation des résultats de l'évaluation. En effet, les jugements configurationnels et délibératifs complètent la forme classique de jugement de type normatif en offrant une utilisation plus adaptée au contexte organisationnel entraînant une modification profonde des schémas cognitifs et de la rationalité des décideurs, conférant de ce fait au modèle EGIPSS une plus grande capacité à institutionnaliser des mécanismes d'amélioration continue de la performance.

CHAPITRE 2

Desempenho e qualidade do cuidado/ Performance et qualité des soins

Mônica Martins

Desempenho e qualidade de sistemas e serviços de saúde são temas correntemente debatidos quando o alvo é a melhoria do cuidado prestado à população. Ambos, desempenho e qualidade, são conceitos complexos empregados de diversas formas segundo autores e as disciplinas de base que norteiam sua discussão e aplicação. A compreensão desses conceitos e seus modelos explicativos são importantes, tanto do ponto de vista teórico, como do ponto de vista da gestão das organizações. No campo da teoria das organizações, o conceito de qualidade pode mesmo ser tratado como um adjetivo ou elemento de mensuração do desempenho. Por sua vez, quando o foco é a qualidade do cuidado, o desempenho pode ser referido a mensuração do grau de alcance, ou execução de objetivos e metas. Desempenho é um conceito multidimensional, geralmente associado à economia, à efetividade e à eficiência e descrito em vários modelos teórico-conceituais que ressaltam diferentes visões da organização e seus objetivos (Sicotte *et al.*, 1998). Por sua vez, a noção de qualidade remete, também, a vários significados, onde os termos excelência, efetividade, eficiência, produtividade, desempenho e qualidade total são, com alguma frequência, usados como sinônimos. Transpondo essa problemática conceitual para a área da saúde, depara-se ainda com mais incerteza e complexidade, oriundas da natureza do produto e do processo de trabalho empregado (Fottler 1987; Leggat *et al.*, 1998; Sicotte *et al.* 1998). Contudo,



importantes esforços vêm sendo empreendidos no sentido de revisão desses conceitos, modelos e terminologias pensados para o contexto da área da saúde (Sicotte *et al.*, 1998; Leggat *et al.*, 1998).

Apesar dos reconhecidos desafios teórico-conceituais, não parece haver dúvidas de que a avaliação da qualidade e do desempenho dos serviços de saúde é essencial, particularmente a avaliação da linha de produção central desse tipo de organização, que é o cuidado prestado ao paciente. Estratégias dirigidas para a avaliação e o monitoramento com vistas à melhoria da qualidade e do desempenho dos serviços e sistemas de saúde estão presentes na agenda sanitária há muito tempo, em diversos países (Smith *et al.* 2009). A melhoria da qualidade é uma abordagem para avaliar e aprimorar continuadamente o processo de produção de serviços de saúde a fim de responder às necessidades dos pacientes (Donabedian 2003). Ademais, a melhoria da qualidade implica mudança em diversos níveis aninhados do sistema: do setor e sistema de saúde ao microssistema de cuidado (Berwick 2002), resultante de intervenções organizacionais contingentes ao contexto em que ocorrem e as interações estabelecidas entre elementos internos e externos contextuais (Portela *et al.* 2016). A discussão do desempenho dos serviços de saúde tradicionalmente esteve orientada pela preocupação com a eficiência e a efetividade (Long 1985). Entretanto, ao longo do tempo, houve mudanças no foco central. Atualmente observa-se, também, a priorização da segurança e do respeito ao direito dos pacientes, relacionadas às preocupações com a ocorrência de eventos adversos e a tomada de decisão partilhada entre médico-paciente.

O cenário atual no qual se insere essa discussão é marcado, por um lado, pelo envelhecimento populacional e mudança no perfil epidemiológico e, por outro, pelos altos custos com a assistência médica, majoritariamente relacionado à incorporação tecnológica e intensidade de serviços; pela variação inexplicável na prática médica, onde há evidências de paciente similar tratado diferentemente; e pela preocupação com melhorias na qualidade e segurança do cuidado e dos serviços e responsabilização e prestação de contas (*accountabiltly*) (Elliott *et al.* 2010; Wennberg 2010; Kohn 2000). Em linhas gerais, os problemas na qualidade do cuidado vem sendo descritos como decorrentes do uso excessivo (*over use*), do uso insuficiente (*underuse*) e do uso inadequado (*misuse*) (Grol 2001; Kohn 2000; Wennberg 2010). Considerando a complexidade e natureza inerentes ao processo de cuidado desenvolvido nas organizações de

saúde, o foco desta apresentação se detém sobre aspectos relacionados à qualidade do cuidado e à avaliação do desempenho clínico, como denominado por alguns autores (Georgopoulos 1986; Flood et Scott 1987).

Qualidade do cuidado – conceito e dimensões

A ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, cuja característica nuclear é fazer um juízo de valores, atribuir um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade. O significado da qualidade do cuidado em saúde ou do serviço de saúde varia. A noção de qualidade apresenta diversos significados em função dos autores e atores que o empregam. Consequentemente, usuários, profissionais, gestores, financiadores e autoridades governamentais priorizam diferentes dimensões da qualidade, em função de suas preocupações básicas e interesses (Donabedian 1980). Dado o caráter multidimensional e subjetivo do conceito de qualidade, é primeiramente necessário chegar a um acordo sobre qual a definição retida e quais os elementos que a constituem com vistas a sua avaliação. Esse conceito foi modificado ao longo do tempo e passou a incluir novas dimensões – esta evolução e diversidade são exemplificadas no Quadro 1.

QUADRO 2.1

Dimensões da qualidade do cuidado

Brook *et al.* 1977	Donabedian 1980	Holland 1983; Long 1985	Donabedian 1990	Aday *et al.* 1993	IOM 2001
Componente técnico • Processo diagnostico • Processo terapêutico "Arte" do cuidado • Interação médico e paciente	Acessibilidade e disponibilidade Qualidade técnico-científica Relações interpessoais Continuidade	Eficiência Efetividade	Eficácia Efetividade Eficiência Otimização Aceitabilidade Acessibilidade Relação médico paciente Amenidades Conformidade com as preferências dos pacientes Legitimidade Equidade	Efetividade Eficiência Equidade	Segurança Efetividade Centralidade no paciente Oportunidade Eficiência Equidade

Essas modificações espelham, ainda, a relevância de determinados problemas numa conjuntura específica, ou seja, acesso quando há barreiras ao uso do serviços a serem conhecidas e removidas, ou segurança do paciente quando a magnitude de erros e riscos evitáveis são reconhecidas. Para Donabedian, em 1980, um dos autores mais importantes da área, um cuidado de qualidade era aquele que maximizava o bem estar do paciente, após levar em conta o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado. Em 2003, esse mesmo autor referiu a qualidade do cuidado como produto de dois fatores: (i) ciência e tecnologia de saúde; (ii) aplicação destas no cuidado ao paciente (Donabedian 2003). Blumenthal (1996) destacou a variedade de definições existentes sobre o que seja um cuidado de qualidade e descreveu a proposta do Institue of Medicine (IOM) dos Estados Unidos como a mais frequentemente empregada. Para o IOM, qualidade da assistência é o grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente (Blumenthal 1996).

Além disso, a noção de qualidade na área da saúde ao longo do tempo foi aplicada com uma conotação ampla ou restrita do termo.

O sentido amplo, em geral, engloba dimensões como a efetividade, o acesso, a eficiência, a aceitabilidade e a qualidade técnico-científica, entre outros componentes. Por exemplo, em 1982, a qualidade, segundo Vuori, englobava as seguintes dimensões: eficácia, efetividade, eficiência, adequação, qualidade técnico-científica, acesso, eqüidade e aceitabilidade.

Em contraponto, o conceito de qualidade, no sentido restrito, é sinônimo de qualidade técnico-científica, constituindo um atributo nuclear da atenção médica, que compreende duas dimensões essenciais: (i) a aplicação dos conhecimentos científicos e recursos tecnológicos para resolver o problema clínico do paciente, isto é, fazer a coisa certa corretamente, o que requer que médicos tomem decisões certas sobre o cuidado de cada paciente (Donabedina 1980). Alcançar esse patamar requer ainda habilidade, julgamento e oportunidade de execução em termos de tempo. (ii) a relação interpessoal, que diz respeito à qualidade da relação individual que se estabelece entre o profissional e o paciente, isto está associado a elementos como o respeito ao paciente, a capacidade de comunicação, a habilidade do profissional em obter a confiança do paciente (Donabedian 1980). Posteriormente, o próprio Donabedian (1990) descreveu a qualidade

do cuidado segundo uma perspectiva mais ampla que a anterior, compreendendo que a qualidade englobava sete dimensões denominadas de "os sete pilares", quais sejam eficácia[1], efetividade[2] eficiência[3], otimização[4], aceitabilidade[5], legitimidade[6] e equidade[7].

Mais recentemente, o IOM no Relatório *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* publicado em 2001 nos Estados Unidos, destacou a qualidade do cuidado prestado ancorada nas seguintes dimensões prioritárias: efetividade, segurança do paciente, oportunidade no tempo, centralidade no paciente, eficiência e equidade (IOM 2001). Desta depreende-se que um cuidado de qualidade deve ser: efetivo, isto é, prestar serviços baseados no conhecimento científico a todos que podem se beneficiar e evitar prestar esses serviços para aqueles que provavelmente não se beneficiarão; seguro, isto é evitar danos para pacientes decorrentes do cuidado que deveria os ajudar. Oportuno no tempo, isto é, reduzir espera e demoras prejudiciais para aqueles que recebem e mesmo prestam serviço; centrado no paciente, isto é, prover cuidado que seja respeitoso e aceitável às preferências, necessidades e valores dos pacientes; e garantir que os valores dos pacientes guiem todas as decisões clínicas; além de equânime e eficiente. Nessa perspectiva emerge, entre outras, o destaque para a segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado.

---

1. Diz respeito à capacidade de uma dada intervenção de produzir um impacto potencial em uma situação ideal. Ou a capacidade da ciência e tecnologia empregadas no cuidado de trazer melhorias na saúde, quando usadas em circunstâncias mais favoráveis.

2. Grau de melhoria na saúde alcançado de fato. É a relação entre o impacto real (prática cotidiana) de um serviço ou programa em funcionamento e o impacto potencial em uma situação ideal (estudos de eficácia).

3. Capacidade de diminuir os custos sem comprometer o nível atingível de melhoria da saúde. É a relação entre o impacto real de um serviço, ou de um programa em funcionamento, e seu respectivo custo.

4. Balanço entre melhorias na saúde e custos envolvidos para o alcance destas melhorias. O processo de aumentar benefícios pode ser desproporcional aos custos acrescidos.

5. Conformidade aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e membros de suas famílias. (depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade, relação médico-paciente e amenidade do cuidado).

6. Conformidade com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, valores, normas, leis e regulação.

7. Conformidade a princípios que determinam o que é justo e legitimo na distribuição equânime, ou seja, sem distinções, discriminações ou preferências, para o cuidado e concessão de benefícios entre os membros da população.

Qualidade e segurança do paciente

A preocupação com a segurança do paciente, compreendida como "a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde" (Runciman *et al.* 2009), assumiu espaço privilegiado enquanto obstáculo removível para garantir a qualidade no cuidado prestado ao paciente nos diversos níveis de atenção. Embora existam estudos anteriores, o *Harvard Medical Practice Study* é considerado pioneiro por seu escopo, desenho e achados ao indicar, entre outros, que em 3,7% das internações ocorriam eventos adversos (Brennan *et al.* 1991; Leape 2008).

Contudo, o marco divisor foi a publicação do relatório "*To Err is Human*", pelo IOM em 1999, que chamou atenção para a gravidade do problema (Kohn 2000; Leape 2008). A inquietação que orientou esse relatório era buscar entender às razões pelas quais eram toleradas altas taxas de erros no cuidado em saúde comparativamente a outras indústrias. As estimativas produzidas indicavam, entre outras, uma mortalidade decorrente de eventos adversos relacionados ao cuidado em saúde prestado comparativamente maior que aquela devido ao câncer de mama e AIDS, por exemplo. Assim, com a publicação desse relatório, houve uma mobilização da classe médica e do público em geral, que transcendeu o contexto estadunidense e chamou a atenção para o problema da segurança do paciente em diversos países. No âmbito da Organização Mundial de Saúde um programa voltado para a Segurança do paciente[8] foi criado, responsável por diversas iniciativas no campo educacional, na pesquisa, no desenvolvimento de uma taxonomia específica e ferramentas e no lançamento de campanhas, tais como a de Higienização das mãos e Cirurgia segura salva vidas (Runciman *et al.* 2009; Brown *et al.* 2008).

Após o estudo de Harvard, diversos outros foram desenvolvidos em vários países (Zeger *et al* 2009), inclusive no Brasil onde encontrou-se uma incidência de eventos adversos associados ao cuidado hospitalar de 7,6% - 66,7% desses foram avaliados como evitáveis (Mendes *et al.* 2009). O panorama descrito a partir desses estudos indicava uma incidência de eventos adversos relacionados ao cuidado hospitalar em torno de 10%, estimando-se ainda que entre 4,4% a 20,8% dos eventos adversos foram

8. WHO Patient Safety: http://www.who.int/patientsafety/en/

associados com a morte do pacientes (Zeger *et al* 2009). Nesse cenário, a segurança do paciente passa a ser uma dimensão da qualidade do cuidado de saúde tão importante quanto a efetividade. Isto porque os eventos adversos envolvem custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias, constituindo sério problema de saúde pública (Brown *et al.* 2008). Por fim vale reconhecer a coexistência na literatura cientifica de duas perspectivas: na primeira a conceito de segurança do paciente é tratado tanto como dimensão da qualidade do cuidado, na segunda a segurança do paciente representa um constructo em si independente da qualidade ou mesmo incluindo esta como dimensão (Runciman *et al.* 2009; Brown *et al.* 2008; Wismar *et al.* 2011).

Avaliação comparativa do desempenho

Acerca de 25 anos, o monitoramento de desempenho dos serviços ganhou espaço na agenda de diferentes atores. Preocupações com a qualidade do cuidado desencadearam análises comparativas do desempenho dos serviços de saúde, primeiramente com ênfase nos cuidados hospitalares. A avaliação comparativa do desempenho clínico tem como marco contemporâneo a publicação das taxas de mortalidade hospitalar em 1986 nos Estados Unidos (Rosen et Green 1987; Fottler, Slovensky et Rogers 1987). Um elemento favorável, que fomentou este tipo de abordagem, foi a disponibilidade de grandes bases de dados administrativos informatizados com informações sobre a produção hospitalar (Wray *et al.* 1995). Neste contexto, o desenvolvimento e uso de indicadores de desempenho clínico para avaliar médicos, hospitais e redes de serviço foram intensos (Fung *et al.* 2010; Sheldon 1998; Groene, Skau, Frølich 2008). Indicadores de desempenho[9] são utilizados para sinalizar possíveis problemas na qualidade do desempenho. Nessas avaliações busca-se comparar a qualidade do cuidado, o uso de serviços e os custos, geralmente com base padrões

9. Indicadores de desempenho são compreendidos como medidas que indicam o "grau de realização" em cada dimensão do desempenho a ser avaliada e são utilizados como instrumento de monitoramento para salientar os processos, serviços ou profissionais que podem estar apresentando problemas e que necessitam de uma avaliação mais direta (Sheldon 1998). Os indicadores de desempenho podem medir tanto os recursos disponíveis (estrutura) e o processo de cuidado ao paciente, quanto seu resultado.

empíricos. Inicialmente, indicadores de resultados foram priorizados, passando gradativamente a incorporar indicadores do processo de cuidado e atualmente indicadores sobre a segurança do pacientes. Hoje, esses indicadores são usados de inúmeras formas, incluindo a comparação e ranqueamento dos serviços pelo "nível de qualidade", assim assumem importância na prestação de contas e nos mecanismos de pagamento por desempenho que relacionam qualidade à incentivos financeiros, buscando ainda fomentar esta preocupação entre gestores e prestadores de cuidado (Blumenthal 2012; Shekelle *et al*. 2013; Fung *et al*. 2010, Campanella *et al*. 2016, Rotar *et al*. 2016).

As iniciativas desenvolvidas nessa área nos Estados Unidos foram pioneiras, como mencionado. Data do ano de 1986, a primeira publicação na imprensa e literatura acadêmica especializada de indicadores comparando o desempenho de hospitais pela agência governamental *Health Care Financing Administration* (Fottler, Slovensky & Rogers 1987). Nessa publicação foram apresentadas as taxas de mortalidade (medida de resultado do cuidado) de 5.750 hospitais que atenderam pacientes beneficiários do programa *Medicare*. Face ao debate suscitado entre os diferentes atores, a repercussão e o reconhecimento que melhorias na abordagem metodológica deveriam ser implementadas, a publicação posterior, em 1987, incorporou significativos aprimoramentos para produzir uma estimativa mais refinada das taxas padronizadas. Contudo houve descontinuidade dessa iniciativa.

Mais recentemente, podendo ser considerada como um aperfeiçoamento da iniciativa anterior, foi desenvolvido o portal "*Hospital compare – a quality tool provide by Medicare*" (www.hospitalcompare.hhs.gov). Além dos indicadores de resultado (mortalidade hospitalar), essa iniciativa passou a incluir indicadores sobre o processo de cuidado, como por exemplo, a prescrição de aspirina no momento da alta para paciente pós-infarto agudo do miocárdio. Na totalidade, a época, foram incluídos indicadores de processo para cerca de 20 procedimentos cirúrgicos e 6 problemas de saúde específicos. Vale destacar que a comparação de hospitais está disponível na internet, facultando o acesso amplo e livre a esse tipo de informação, buscando em ultima instância tornar o usuário mais informado. O rol de indicadores é regularmente atualizado e ampliado, portanto a obtenção de uma descrição precisa dos insumos disponíveis nesse portal requer consulta permanente.

Nesse mesmo contexto, a *Agency for Healthcare Research and Quality*[10] (AHRQ), construiu, em 2000, uma biblioteca de indicadores de qualidade[11]. Ao longo do tempo, essa biblioteca passou a incorporar outras modalidades de atendimento, além do hospitalar, e a mensurar outras dimensões da qualidade do cuidado. Assim, por exemplo, em 2006 passou a disponibilizar indicadores de qualidade relacionados às áreas de prevenção, internação e pediatria, e também desenvolveram indicadores de segurança do paciente[12]. Os indicadores de segurança do paciente foram concebidos como estratégia para a avaliação e monitoramento de eventos adversos, com o objetivo de auxiliar os hospitais na identificação de eventos adversos potenciais e complicações associados ao cuidado hospitalar tomando como fonte de informação as bases de dados administrativos. Foram inicialmente propostos 20 indicadores relacionados ao cuidado hospitalar que podem representar problemas na segurança do paciente. Esses foram agrupados nas seguintes áreas: infecções adquiridas no hospital; eventos sentinelas; complicações operatórias e pós-operatórias; complicações obstétricas; e outros eventos adversos relacionados ao cuidado. Além disso, sete indicadores foram também pensados para serem agregados por área geográfica – por exemplo, corpo estranho deixado pós-cirurgia e reação transfusional[13]. Na presente data estavam listados 27 indicadores para essa dimensão da qualidade. Diversos países passaram a empregar algum desses indicadores para monitoramento da segurança do paciente (Drosler *et al*. 2012). Ademais, mais recentemente, foi proposto um índice composto por, incialmente, 11 indicadores[14] selecionados entre os 20, denominado "PSI-90" e calculado como média ponderada[15].

---

10. AHRQ: http://www.ahrq.gov/

11. The National Quality Measures Clearinghouse, disponível em http://www.qualitymeasures.ahrq.gov

12. Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_overview.htm

13. Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/modules/psi_overview.aspx

14. Incluindo: PSI 03 Úlcera de pressão; PSI 06 Pneumotórax iatrogênico; PSI 07 Infecção relacionada ao cateter venoso central; PSI 08 Fratura de quadril pós cirurgia; PSI 09 Hemorragia ou hematoma peri operatória; PSI 11 Insuficiência respiratória pós cirurgia; PSI 12 Embolia pulmonar ou trombose de veia profunda peri operatória; PSI 13 Sepse pós-cirurgia; Deiscência de ferida operatória; PSI 15 Punção ou laceração acidental.

15. Disponível em: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V43/Composite_User_Technical_Specification_PSI_4.3.pdf

Em termos de instrumentos gerenciais, os indicadores disponíveis e as análises apresentadas permitiriam descrever o desempenho, comparando diferentes níveis de informação e agregação (serviço de saúde, município, estado e região de saúde). Estes podem auxiliar, sobretudo, a tomada de decisão com vistas à correção de problemas e melhoria na qualidade do cuidado prestado. A construção de indicadores de desempenho ajustados, apresentados periodicamente, permite a comparação entre prestadores ou áreas geográficas e ao longo de tempo e vem sendo utilizados em outros países, além dos Estados Unidos (Gouvea & Travassos 2010; Fung *et al.* 2010; Groene, Skau, Frølich 2008).

A avaliação da qualidade do cuidado e do desempenho clínico

Paralelamente ao crescente uso dos indicadores de desempenho, preocupações de ordem metodológica foram colocadas em pauta. Iniciativas para avaliar o desempenho clínico deparam-se primeiramente com o caráter multidimensional e subjetivo do conceito de qualidade e, consequentemente, com dificuldades inerentes de mensura-lá. Aliam-se a isso questões relacionadas à complexidade do cuidado médico na atualidade, envolvendo inúmeros processos especializados, com intensa incorporação tecnológica, que impossibilita o uso de uma medida única para descrever a diversidade de produtos oriundo do cuidado em saúde (Smith *et al.* 2009). Dos requisitos metodológicos cruciais para a utilidade dos resultados dessas avaliações três destacam-se, quais sejam: a validade da medida, a necessidade de padronização ou ajuste dos indicadores e a disponibilidade de informações de qualidade a um custo suportável.

Indicadores e medidas validas

Indicadores de desempenho clínico são compreendidos como medidas indiretas (*screening*) da qualidade, pois são utilizados como ferramenta para identificar problemas em processos, serviços ou profissionais que necessitam posteriormente de avaliação mais direta (Sheldon 1998). Mensuram diferentes dimensões da qualidade dos serviços de saúde. Por ser considerada uma medida indireta da qualidade do cuidado, a validade dos indicadores é atributo essencial, ou seja, é importante conhecer em que grau a medida construída captura adequadamente aquilo que se quer

medir. O principal atributo da qualidade dos indicadores é sua capacidade de medir diretamente o impacto do cuidado no estado de saúde do paciente (Chassin, Loeb & Schmaltz 2010). Sobre esse ponto, Donabedian (1980) dava destaque para a validade causal, esta se apoia na força da relação direta entre processo de cuidado adequado com base em evidência cientifica e o resultado subsequente atribuível ao cuidado recebido. Em termos práticos, os valores produzidos pelo indicador devem ser capazes de distinguir a boa da má qualidade nas diferentes dimensões (Chassin, Loeb & Schmaltz 2010). Com essa preocupação, Chassin e colaboradores (2010) propuseram os seguintes critérios para seleção de medidas robustas: (i) ser baseada em sólida evidência científica; (ii) capturar com acurácia se o cuidado baseado em evidência foi prestado; (iii) medir uma etapa do processo de cuidado próxima ao resultado desejado; minimizando com isso outros fatores/processos intervenientes; (iv) implementar medidas que tenham pouca ou nenhuma chance de induzir à consequências adversas. Indicadores devem satisfazer, ainda, à critérios como validade aparente, reprodutibilidade, aceitabilidade, viabilidade, confiabilidade, sensibilidade e validade preditiva (Smith *et al*. 2009).

Ajuste de risco

O segundo ponto diz respeito à importância dos distintos fatores explicativos de variações observadas nos indicadores de desempenho clínico. De forma simplificada, o resultado do cuidado é função das características dos pacientes, ou seja, dos atributos e fatores de risco que afetam a resposta ao cuidado; da qualidade do cuidado prestado, ou seja, da efetividade do cuidado e intervenção terapêutica e de efeitos aleatórios (Iezzoni 2003, 2009). Variação no desempenho clínico é explicada primeiramente por diferenças no perfil de pacientes atendidos; portanto a comparação de indicadores como tempo de permanência, custos ou mortalidade hospitalar implica determinar em que extensão as diferenças observadas podem ser atribuídas ao tipo de caso admitido ou a diferenças no tratamento (Iezzoni 2003). Dessa forma, o perfil de casos atendidos (*case mix*), relacionado ao consumo de recursos e ao prognóstico do paciente, é um importante fator de confundimento na análise dos indicadores. Para controlar este tipo de confundimento, estratégias para a padronização do

indicador pelos fatores de risco são empregadas[16], onde inúmeros métodos para o ajuste de risco foram desenvolvidos (Iezzoni 2003).

A gravidade dos casos exerce forte influência sobre o processo e resultado do cuidado prestado; sua mensuração representa um importante desafio metodológico e é um tema frequente no debate sobre a validade dos indicadores de desempenho clinico para avaliar a qualidade. Apesar de a gravidade da doença ser a variável que melhor explica a utilização de recursos hospitalares, o conceito de gravidade expressa mais uma dimensão de risco do que de consumo de recursos. O risco é um conceito multidimensional que inclui diversos atributos do paciente: idade, sexo, instabilidade clínica, diagnóstico principal, extensão e gravidade das comorbidades, estado funcional do paciente, funcionamento psicológico, cognitivo e psicossocial, comportamentos e atributos culturais, étnicos e socioeconômicos, situação de saúde e qualidade de vida, atitudes e preferências do paciente (Iezzoni 2003).

O ajuste de risco toma por base a gravidade dos casos e o perfil de pacientes (Iezzoni 2009). O ajuste de risco é importante para assegurar a validade atribuível do indicador, isto é aumentar o grau de certeza de que diferenças nos resultados observados estão causalmente e diretamente relacionados à qualidade do cuidado menos que a outros fatores contributivos (Iezzoni 2009). Donabedian (1980) denominou de validade atribuível a inferência de que uma determinada medida de processo ou resultado contenha as mesmas características que definem a existência de validade causal. A validade atribuível depende do conhecimento anterior da validade causal. Isto é, refere-se à inferência de que em qualquer situação a relação causal entre processo e resultado é responsável pelos resultados observados. Os métodos de ajuste de risco ajudam a minimizar esse problema.

Qualidade das informações

Por fim, a qualidade das informações é o último elemento essencial que viabiliza o emprego adequado desse tipo de abordagem, com vistas à

16. Técnica estatística (padronização indireta de taxas ou modelos multivariados) que permite modificar o dado para controlar para variações na população de pacientes. O ajuste de risco controla o efeito das diferenças no perfil de casos atendidos quando se compara indicadores de desempenho (Iezzoni 2003).

melhoria da qualidade do cuidado prestado. A qualidade dos dados é expressão da validade, da confiabilidade e da completude da informação. Em geral, as principais fontes de informação utilizadas são oriundas da documentação sobre a organização, das estatísticas dos serviços, dos prontuários do paciente, dos inquéritos e de base de dados administrativos que mensuram a produção de serviço. Cada uma dessas fontes apresenta vantagens e limites bastante conhecidos. A suficiência das informações, o custo necessário da sua obtenção, a disponibilidade em tempo hábil, a confiabilidade e a validade influenciam diretamente a utilidade do indicador ao impactar sua viabilidade, validade e ajuste necessário.

Cenário brasileiro – alguns elementos

No contexto brasileiro, data dos anos 1990 as primeiras iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade do cuidado. Em 1994, foi criada a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde, no âmbito do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade. Esta comissão formulou as diretrizes da estratégia de garantia de qualidade (Noronha & Pereira, 1998). No bojo desse programa gestaram-se algumas ações específicas, dentre as quais o Programa Nacional de Acreditação. Contudo, pode se considerar que esta iniciativa teve um caráter pontual, pois não teve continuidade, outras prioridades e políticas ocuparam a agenda governamental por mais de 10 anos. Recentemente, as agências reguladoras governamentais ou secretarias de governo têm assumido compromissos nessa área e divulgado o resultado de avaliações do desempenho de serviços, redes municipais e estaduais de saúde, seja através de relatórios ou da mídia. Nesse bojo, a publicação do Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde[17] em 2012 é um exemplo (Mendes *et al.* 2013). No IDSUS foram priorizadas as dimensões de acesso e efetividade relativa a todas as modalidades de cuidado (atenção básica, ambulatorial, hospitalar e de urgência e emergência).

Com relação à produção acadêmica, poucos ainda são os estudos que analisaram indicadores de desempenho do sistema ou de serviços de saúde e, na sua maioria, detêm-se sobre o cuidado hospitalar (Godoy *et al.*, 2007; Gomes *et al.* 2010; Rolim & Martins 2011; Viacava *et al.*, 2011; Machado *et*

17. IDSUS: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080

al. 2013). Na avaliação do desempenho clínico dos hospitais brasileiros, o indicador majoritariamente utilizado é a mortalidade hospitalar enquanto medida da efetividade do cuidado, recentemente a razão de mortalidade hospitalar padronizada foi empregada, a exemplo de outros países (Jarman *et al.* 2010; Machado *et al.*, 2016). Análises do tempo de permanência também são algumas vezes realizadas. Em geral, esses indicadores descritos nas estatísticas globais das unidades e do sistema de saúde são raramente utilizados para a avaliação e o monitoramento do cuidado hospitalar e também para outras modalidades assistenciais (Mendes *et al* 2013). Contribui para essa situação a forma de construção, uma vez que frequentemente estes são apresentados com alto nível de agregação, sem qualquer padronização ou ajuste de risco, mostrando que são construídos com problemas de validade (Martins, Portela & Noronha 2010).

Contudo, duas iniciativas desenvolvidas no âmbito da Fundação Oswaldo Cruz exemplificam ações gestadas em instituições acadêmicas, que buscam conjugar insumos da produção científica em prol da melhoria da qualidade e desempenho dos serviços e sistemas de saúde. Ambas assumem os gestores, profissionais de saúde e até mesmo pacientes como os principais usuários. São elas: o Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (Proa-dess) e o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis).

O Proadess, desenvolvido por pesquisadores brasileiros de diversas instituições acadêmicas, propôs no início dos anos 2000 uma metodologia para avaliação do desempenho dos serviços e do sistema de saúde brasileiro (Viacava *et al.*, 2004). Essa iniciativa surge como desdobramento da publicação do "The World Health Report" pela OMS em 2000 que ranqueou os sistemas de saúde de países membros, com base em um índice composto (Viacava *et al.*, 2004). Nessa metodologia foram definidas oito dimensões para avaliação da qualidade do desempenho de serviços, quais sejam: acesso[18], aceitabilidade [19], respeito aos direitos das pessoas[20], con-

18. Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo.

19. Grau com que os serviços prestados estão de acordo com os valores e as expectativas dos usuários e da população.

20. Capacidade do sistema de assegurar que os serviços respeitem os indivíduos e a comunidade, e estejam orientados às pessoas.

tinuidade[21], adequação[22], segurança[23], eficiência[24], efetividade[25]. A equidade é entendida como eixo transversal a todas as dimensões e níveis, e é compreendida como a capacidade de prover serviços com base nas necessidades de saúde dos pacientes, sem discriminação pela condição social. Esse projeto teve continuidade e vem sendo desenvolvido no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz, com apoio do Ministério da Saúde. Atualmente já transpôs a fase empírica, na qual indicadores para as respectivas dimensões foram propostos. Nesse processo, privilegiou-se o uso das bases de dados dos sistemas de informação em saúde brasileiros e inquéritos disponíveis, pois pretende ser de uso regular e contínuo. Assim, das oito dimensões que compõem o quadro conceitual foram priorizadas o acesso, a adequação, a efetividade e a eficiência na composição da matriz de indicadores[26]. Essa priorização deveu-se provavelmente a evolução do campo, onde há dificuldade inerente para a mensuração de dimensões como aceitabilidade, mas também é fruto da disponibilidade de informação. Os indicadores apresentados para uma série temporal de mais de 10 anos, incluem problemas de saúde e grupos etários específicos, epidemiologicamente relevantes, e buscaram abranger as diversas modalidades de atendimento e os níveis de cuidado distintos. Um portal na internet[27] faculta o livre acesso a esses indicadores brutos e padronizados e séries temporais, disponibilizando, inclusive, ferramentas úteis ao monitoramento do desempenho dos serviços e do sistema de saúde brasileiro. Na atualidade tanto o rol de indicadores como a abrangência geográfica foram ampliados, dispõe hoje de indicadores, também no âmbito das regiões de saúde criadas em 2011[28], além de mapas temáticos.

---

21. Capacidade do serviço de prestar cuidados ao paciente de forma ininterrupta e coordenada.

22. Grau com que os cuidados e intervenções setoriais estão baseados no conhecimento técnico-científico existente.

23. Capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais dos cuidados ou intervenções em saúde ou ambientais.

24. Relação entre os produtos da intervenção de saúde e os recursos utilizados.

25. Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados com base em estudos de eficácia.

26. Disponível em: http://www.proadess.cict.fiocruz.br/index.php?pag=matr#

27. Disponível em: http://www.proadess.icict.fiocruz.br

28. Disponível em: http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matrs

O portal Proqualis[29], também vinculado ao ICICT da Fundação Oswaldo Cruz, partiu do pressuposto de que a disseminação de informação atualizada e de qualidade para profissionais de saúde e pacientes é um ponto crítico e importante para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e da segurança do paciente. A missão desse portal é contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados em saúde no Brasil, facilitando o acesso ao conhecimento e à tecnologia. O Proqualis identifica, organiza e dissemina informações em saúde, com o emprego de tecnologias da informação e, também, conta com o apoio do Ministério da Saúde. Na fase atual, dentre as áreas priorizadas estão a segurança do paciente e a melhoria da qualidade.

Considerações finais

Estratégias dirigidas para a avaliação e o monitoramento com vistas à melhoria da qualidade e do desempenho dos serviços de saúde estão presentes nas agendas governamentais, acadêmicas e dos serviços de saúde em diversos países. Ao longo do tempo, houve mudanças no foco central e nas dimensões privilegiadas. Atualmente, observa-se a priorização da segurança e centralidade do cuidado no paciente, conjugada à preocupação com a ocorrência de eventos adversos e a prestação de contas (McClellan *et al.* 2010; Shortell & Casalino 2010). A melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente são tarefas difíceis, com resultados em longo prazo, que exigem o envolvimento de todos os membros da organização nos distintos níveis do sistema.

Obviamente, o ato de avaliar requer medidas válidas e investimento na qualidade da informação, que por sua vez acrescem custos não desprezíveis para as organizações. Um ponto importante, além dos já discorridos, refere-se ao escopo da medida, isto é, aos indicadores de desempenho específicos por doença ou procedimento cirúrgico versus uma medida síntese ou índice composto (Iezzoni 2009; Smith *et al* 2009; Viacava *et al.* 2011). Além da opção por um indicador que busque mensurar o resultado final ou impacto do desempenho do sistema de saúde sobre o perfil de morbi-mortalidade versus o emprego de múltiplas medidas que forneçam elementos sobre resultados intermediários e parciais.

29. Proqualis: http://proqualis.net/

Apesar dos anos decorridos, do exemplo de outros países e das ações tomadas, ainda há necessidade de se adotar estratégias contínuas e permanentes para o monitoramento e melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços e do sistema de saúde. Entretanto, o Proadess é uma importante iniciativa, iniciada há mais de 10 anos, com algumas de suas dimensões operacionalizadas em termos de indicadores e ferramentais úteis e fáceis, acessíveis no seu portal.

Particularmente com relação às informações, estas também estão acessíveis e são facilmente extraídas na rede. Contudo, a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que congregou instituições responsáveis por informação em saúde no Brasil, ocupava um lugar de destaque ao sistematizar e disponibilizar informações que representavam importantes subsídios para o acompanhamento das políticas de saúde[30], foi recentemente suspensa. O volume de indicadores formulados, calculados regularmente e com documentação apropriada, foi um avanço importante; e a publicação anual dos indicadores e dados básicos para o Brasil era bem disseminada.

Também o DATASUS[31], há muito tempo, disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises do quadro sanitário em geral e algumas sobre o cuidado de saúde prestado. Dados sobre morbi-mortalidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros, compõem a lista de indicadores de saúde, disponíveis para diferentes níveis de agregação geográfica. Inclui também algumas informações sobre a saúde suplementar. Além das estatísticas vitais de coleta regular, incorpora indicadores construídos com base no suplemento saúde da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e recentemente da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)[32]. Embora apresentem limitações, esses indicadores, acessíveis via Tabnet[33], produzem informação relevante tanto para o monitoramento da saúde e do cuidado de saúde prestado, como para a avaliação das próprias informações em saúde. Os indicadores do rol, propostos pelo Plano Nacional de Saúde, empregados na pactuação entre os entes federativos, podem também trabalhados nessa ferramenta[34].

30. Disponível em: http://www.ripsa.org.br
31. DATASUS: www.datasus.gov.br
32. PNS: http://www.pns.fiocruz.br/
33. Tabnet: www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php
34. Disponível em: http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/login.jsf;jsessionid=eoOvGEsatXMnGwiAl6qTYOWN

Informação é essencial, medir é necessário, mas trata-se somente de um passo para a tomada de decisão informada. Assim, lacunas e desafios existem, dentre os quais se destacam não somente a necessidade de adotar estratégias para o monitoramento do desempenho, mas, além disso, a de associá-las a ações que intervenham sobre o quadro encontrado, numa perspectiva de correção de problemas, mas também de melhoria contínua, nas diversas esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

Igualmente, há a necessidade de se aprimorar o sistema de informação brasileiro. Dados de produção hospitalar, além de haver sub-registro devido ao viés da forma de pagamento e do teto financeiro, excluem as internações ocorridas na saúde suplementar e impossibilitam análises da desigualdade no uso desses serviços, inviabilizadas pela inexistência de uma variável social. Detalhamento da morbidade hospitalar pelo registro de diagnósticos era limitado a dois campos, apesar de desde 2016 o espaço para o registro de essa informação ter sido ampliado os problemas na subnotificação dessa informação persistem. A impossibilidade de conjugar informação sobre o uso de serviços de saúde com aquelas do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) inviabilizam o uso rotineiro e a análise de indicadores de sobrevida ou mortalidade hospitalar ocorrida em até 30, 45 ou 90 dias após a alta ou realização de intervenção. Informações sobre o cuidado de emergência não existem no Sistema de Informação em Saúde brasileiro; ao passo que as referentes à atenção básica seguem uma lógica de serviços produzidos. Assim, informações sobre cada paciente, sua morbidade e cuidado prestado não estão ainda disponíveis.

O emprego de indicador de desempenho ajustado pelos fatores de risco dos pacientes é uma condição necessária à avaliação da qualidade do cuidado, pois resultados e processo de cuidado são influenciados pela gravidade da doença e resposta fisiológica do paciente (Iezzoni 2009), mas é pouco difundido na realidade dos nossos serviços de saúde. O ajuste de risco é importante para assegurar a validade atribuível, ou seja, para determinar que parcela do desempenho de profissionais e organizações de saúde está relacionada à qualidade do cuidado ou ao perfil de gravidade do caso.

Ainda há um esforço importante a ser feito no campo da padronização de terminologias, no caminho de construir uma taxonomia consensual. Particularmente, considerando que majoritariamente a literatura

disponível vem sendo escrita em inglês, na realidade brasileira isto nos coloca frente à necessidade de traduzir e de adaptar conceitos, mantendo, contudo, seu significado próximo ao concebido na língua original, minimizando a polissemia na área.

Por outro lado, o campo da avaliação comparada do desempenho de sistemas e serviços de saúde ainda apresenta lacunas e desafios. Avanços são necessários na validação dos indicadores, coleta de dados, estratégia analítica e política de desenvolvimento e implementação de sistema de avaliação de desempenho. Medidas de resultado devem preferencialmente ser conjugadas com medidas de processo, para auxiliar na identificação e correção de variações não esperadas no desempenho. Sugestões são dirigidas para mensurar processos e resultados-chave (Chassin, Loeb & Schmaltz 2010; Elliott *et al*. 2010) que sirvam para a melhoria da qualidade e prestação de contas, reduzindo assim a carga de trabalho e custo em torno da produção de informação.

Há conhecimento acumulado quanto ao desenvolvimento de indicadores para o cuidado hospitalar e primário. Entretanto, algumas dimensões do desempenho, como respeito ao direito do paciente, centralidade do cuidado e aceitabilidade, estão num estagio mais precoce de elaboração (Smith *et al*. 2009). Alguns âmbitos e dimensões, como a condição de saúde da população ou a adequação do cuidado, embora trabalhados, apresentam grau variado quanto a disponibilidade de medidas e de consenso e validade sobre estas.

Em suma, comparativamente ao volume de artigos e de iniciativas voltadas para melhoria da qualidade do cuidado no cenário internacional, a produção nacional é ainda restrita em volume e escopo das análises realizadas. Esse panorama indica lacunas e desafios a serem superáveis no Brasil para dar continuidade a esse tipo de avaliação. Além disso, há ainda a necessidade de desenvolver estratégias que viabilizem o uso das avaliações para melhorar a efetividade dos serviços. Entretanto, os resultados dessas avaliações, quando apontados desempenhos bom ou insatisfatório, devem ser interpretados mais como uma oportunidade de melhoria, do que conseqüência da excelência ou insuficiência da ação de um indivíduo (Brown *et al* 2008; Reason 2000). A avaliação do desempenho é essencial, mas não é suficiente. É preciso agir na correção dos problemas encontrados.

CHAPITRE 3

La performance et le concept « centre de santé et de services sociaux promoteur de santé »

Nicole Dedobbeleer

Le système de santé et de services sociaux québécois a subi de multiples réformes administratives depuis les vingt à trente dernières années. Les deux dernières réformes, celle de 2003 et celle de 2015, ont mené à la fusion forcée d'organisations de santé ayant des missions et des cultures très différentes. Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) a été créé par la réforme de 2003 et transformé, par la réforme de 2015, en organisation à vocations plus élargies et différenciées. Que s'est-il passé ?

En 2003, le projet de loi nº 25[1] – Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – visait, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, « à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux » (Assemblée nationale du Québec, 2003). Des agences de développement de réseaux ont ainsi remplacé les régies régionales pour « créer des réseaux locaux de services (RLS) dans chaque région socio-sanitaire et fusionner des établissements en CSSS au cœur de ces RLS en leur conférant une responsabilité populationnelle » (Assemblée nationale du Québec, 2003). On a établi 95 CSSS par la fusion de centres locaux de

1. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2003C21F.PDF



services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que, sauf exception, d'un centre hospitalier (CH). Ils ont agi comme assise d'un réseau local qui amenait, pour la première fois, les responsables de la santé publique et les responsables des soins de santé à collaborer étroitement dans l'exercice de leur responsabilité populationnelle, afin de répondre non seulement aux menaces à la santé publique, mais aussi d'assurer des soins de qualité optimale, la prévention des maladies et la promotion de la santé.

Une nouvelle réorganisation des services de santé et des services sociaux est menée douze ans plus tard, avec le projet de loi n° 10[2] – Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux –, notamment par l'abolition des agences régionales (Assemblée nationale du Québec, 2015). Elle s'inscrit en continuité avec celle qui a été amorcée au début de 2004. La loi qui modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux a pour objectif, encore une fois, « [...] de favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population ». Elle rappelle, de plus, qu'il faut « contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et accroître l'efficacité et l'efficience du réseau » (Assemblée nationale du Québec, 2015).

La réorganisation du système de santé va maintenant beaucoup plus loin, notamment en confiant soit à un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), soit à un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), la majorité des services de santé et de services sociaux au cœur d'un réseau territorial de services (RTS). Cette fois, on intègre souvent plus d'un centre hospitalier, des instituts, et aussi les centres de réadaptation et les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse. Le nombre de centres intégrés prévu est toutefois plus grand pour les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de la Montérégie et de Montréal. On a partagé les responsabilités des agences de la santé et des services sociaux de chaque région entre les CISSS et le ministère. La loi a permis de fusionner 182 établissements en 34 établissements et de fixer un objectif d'abolition de 1300 postes de cadres (Daoust-Boivert, 2016).

Cette dernière réforme suscite beaucoup de critiques d'acteurs déterminants dans le système de santé et de services sociaux et soulève de nombreuses inquiétudes, notamment au sujet de la performance des nouveaux établisse-

2. http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html

ments créés, les CUISSS et les CISSS. Elle a procédé à une centralisation inégalée des pouvoirs entre les mains du ministre de la Santé et des Services sociaux, considérant l'hétérogénéité des populations visées et amalgamé des établissements à culture organisationnelle, à vocation linguistique ou ethnoculturelle différentes. Elle a réduit également de 33 % le budget de la santé publique, qui n'est que 2 % du budget de la santé (Lacoursière, 2016).

La performance du CSSS, créé avec la réforme de 2003, était déjà en observation par les instances ministérielles, régionales et locales, préoccupées par l'efficience et l'efficacité de ses activités. Pour mesurer la performance, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) avait adopté le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (EGIPSS), conçu par Sicotte, Champagne et Contandriopoulos (1998). En utilisant ce modèle, l'AQESSS avait produit des rapports sur la performance des établissements membres et des rapports méthodologiques et techniques.

Le CSSS était un des partenaires de l'AQESSS. Les missions du CSSS étaient nombreuses, souvent opposées et pas toujours faciles à concilier. Pour la majorité des CSSS qui intégraient un hôpital, il s'agissait « de réduire la durée, l'intensité et les conséquences des problèmes de santé » ; dans leur mission CLSC, l'objectif était de « promouvoir la santé, de prévenir la maladie et d'éviter le recours à l'hébergement et aux services médicaux de deuxième et troisième ligne, et d'établir des ponts avec les partenaires intersectoriels pour agir sur les conditions sociales » ; dans leur mission de centre d'hébergement à long terme, la finalité était « d'offrir un milieu de vie qui offre soutien et sécurité aux personnes en perte d'autonomie significative » (Contandriopoulos et Champagne, 2008). Grâce à la responsabilité populationnelle donnée aux CSSS, cette réforme avait fourni l'occasion d'établir le chaînon manquant nécessaire à l'amélioration de la santé : le lien entre les milieux de soins, la santé publique et en particulier la promotion de la santé. Elle avait constitué une fenêtre d'ouverture pour le développement du concept « CSSS promoteur de santé ».

Le CSSS promoteur de santé était une extension du concept de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1988), « Hôpital promoteur de Santé » (HPS), que l'on considère comme « une vision, un ensemble de stratégies qui permettent aux hôpitaux de mieux s'adapter aux changements de l'environnement interne et externe et de s'impliquer dans la promotion de la santé des patients, du personnel et de la population de leur communauté ».

Il était devenu cette vision et cet ensemble de stratégies qui ciblent la santé des individus (patients et usagers des services, personnel et population de la communauté), mais aussi « la santé de l'organisation pour en faire une organisation durable, apprenante, qui s'adapte aux changements environnementaux, et combine ce besoin d'adaptation à la maximisation de gains en santé (Lobnig, Krajic et Pelikan, 1999) ». Avec le projet de loi n° 10, on a abrogé le CSSS et l'AQESSS, et le réseau des établissements promoteurs de santé québécois semble en veilleuse.

Que pouvons-nous apprendre de cette expérience du CSSS promoteur de santé ? Au regard de ses vives préoccupations exprimées quant à la performance et à la mesure de la performance des CUISSS et CISSS, l'examen de la performance d'un CSSS promoteur de la santé, et plus particulièrement de sa mesure, reste pertinent dans le débat actuel sur la situation des CUISSS et des CISSS. La pertinence du CSSS a été reconnue et plusieurs CISSS manifestent toujours sur leur site Web leur adhésion à ses principes, valeurs et stratégies. Sa performance a aussi été mesurée par l'AQESSS. Le but est d'enrichir et de compléter les discussions menées sur la dernière réforme du système de santé et, en particulier, la création des CISSS et CUISSS.

Le centre de santé promoteur de santé : le concept et sa mesure

Le concept CSSS promoteur de santé était une extension de l'HPS, concept de l'OMS, conçu dans la lignée des projets « Cadres de vie en santé » amorcés après la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Au Canada, Hancock (1999) a défini le concept HPS comme « un environnement propice à la guérison, donnant des services de haute qualité, mais également comme un milieu de travail sain, agissant de manière responsable au sein de son environnement et qui contribue à la santé de l'ensemble de la communauté comme partenaire, membre de la communauté ».

On a précisé le concept et son implantation dans les Recommandations de Vienne sur les hôpitaux promoteurs de la santé (1997). On les a aussi adaptés au CSSS pour déterminer les principes fondamentaux que les CSSS devaient respecter afin de se qualifier comme promoteurs de santé. Ces recommandations ont pour but de promouvoir la dignité, l'équité, la solidarité et l'éthique professionnelle, et de reconnaître la diversité des besoins, des valeurs et des cultures des différents groupes de la population. Il s'agit

d'améliorer la qualité, le bien-être des populations (incluant les patients et leurs proches et le personnel des organisations impliquées), la protection de l'environnement, tout en devenant une organisation apprenante. Il faut aussi mettre l'accent sur la santé dans une perspective holistique et non pas seulement curative, se concentrer sur le personnel qui fournit des services aux populations (incluant les patients et leurs proches) de la meilleure façon possible afin de faciliter le processus de guérison et de contribuer au pouvoir des patients et des membres de la communauté. Pour ce faire, l'utilisation des ressources de manière efficiente, en respectant l'équilibre entre le coût et l'efficacité, et leur attribution en fonction de leur contribution à l'amélioration de la santé sont de mise. Finalement, il est nécessaire d'établir des liens aussi étroits que possible avec les autres ressources du réseau de la santé et la communauté.

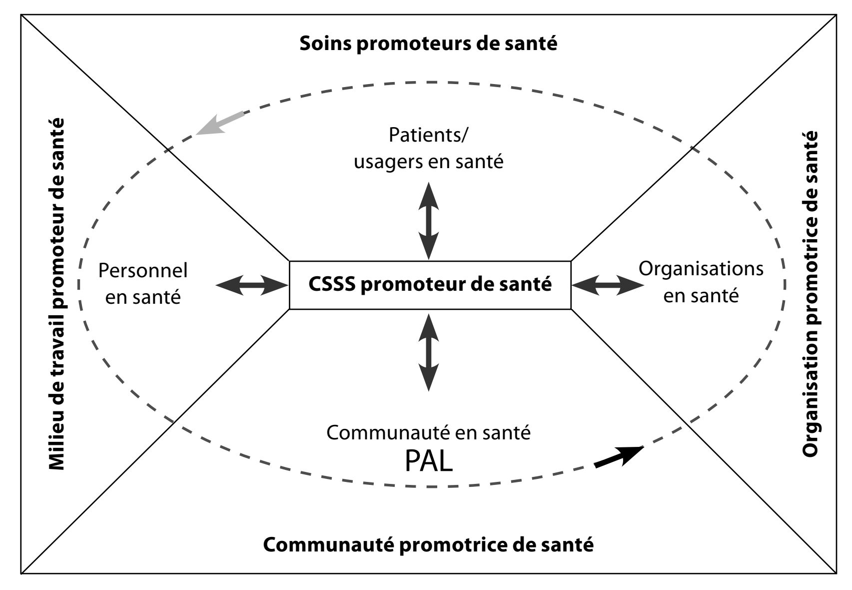
Le concept de CSSS promoteur de santé (figure 3.1) intégrait les quatre cibles visées par les hôpitaux promoteurs de santé (c'est-à-dire une organisation, des patients, du personnel et une communauté en bonne santé) en ajoutant les utilisateurs de services aux patients ciblés. Les relations entre les différentes cibles soulignaient le caractère dynamique d'un CSSS promoteur de santé. Une organisation promotrice de santé a, en effet, une influence sur la santé des patients et des utilisateurs de services de santé et de services sociaux ainsi que sur la santé de son personnel et de sa communauté. La santé de la communauté a, quant à elle, une influence sur l'organisation du CSSS et la santé des patients et du personnel.

Le CSSS s'intégrait dans le cadre du réseau de santé et de services sociaux, et cela reflétait la responsabilité populationnelle du CSSS qui se trouve à l'intersection du système de soins de santé et de la santé publique. (figure 3.1). En se référant aux stratégies de la *Charte d'Ottawa*, un CSSS représentait ainsi une organisation qui vise :

> « (1) à favoriser le développement d'organisations promotrices de santé dans son réseau [...] ; (2) à développer des soins promoteurs de santé en mettant l'accent sur les soins centrés sur le patient, la relation et le partenariat [...] ; (3) à développer un milieu de travail promoteur de santé en créant des conditions de travail sécuritaires[...], en encourageant des habitudes de vie favorables à la santé [...] et en créant un environnement favorable à la santé et au bien-être du personnel de ses organisations [...], et (4) à favoriser une communauté promotrice de santé en participant par le travail intersectoriel et l'établissement d'un réseau avec les partenaires de la communauté à l'identification des besoins en santé [...] »

FIGURE 3.1

Le concept CSSS promoteur de santé



Adaptée de M. Beaumont (2003)

Le PAL indiquait le lien avec le Plan d'action local du CSSS. Après l'examen des standards mis au point par les principales agences d'agrément et le constat que l'on faisait peu référence aux activités de promotion de la santé, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (WHO, 2006) a conçu un outil d'auto-évaluation pour les hôpitaux promoteurs de santé. Cet outil a pour but de compléter les standards existants pour l'agrément des services de santé. On l'a pensé en relation directe avec la philosophie de l'amélioration continue de la qualité, et il présente cinq standards : la politique de gestion, la détermination des besoins des patients, l'information et les interventions auprès des patients, la promotion d'un milieu de travail sain, la continuité et la coopération. Des indicateurs de performance sont proposés pour fournir des mesures quantitatives. Parmi eux, on note « le pourcentage du personnel qui connaît la politique de promotion de la santé, le pourcentage du budg*et al*loué aux activités de promotion de la santé destinées au personnel, le pourcentage de fumeurs dans le personnel, le pourcentage d'absentéisme, les résultats sur l'échelle d'épuisement professionnel, les résultats de l'enquête quant au degré de préparation du patient à la sortie ».

TABLEAU 3.1

Les standards d'un CSSS promoteur de santé

Standard I : organisation promotrice de santé
Dimension A : Politique de promotion de la santé Dimension B : Organisation apprenante et performante Dimension C : Organisation protectrice de l'environnement
Standard II : soins promoteurs de santé
Dimension A : Évaluation des besoins des patients/usagers en promotion de la santé Dimension B : Information auprès des patients/usagers de services de santé Dimension C : Programmes et interventions en promotion, prévention et protection de la santé Dimension D : Changements environnementaux
Standard III : milieu de travail promoteur de santé
Dimension A : Stratégies pour créer un milieu de travail sain et sécuritaire Dimension B : Stratégies de promotion de saines habitudes de vie Dimension C : Modifications de l'environnement physique et social Dimension D : Participation du personnel
Standard IV : communauté promotrice de santé
Dimension A : Collaboration avec les partenaires Dimension B : Réalisations avec les partenaires Dimension C : Évaluation de la collaboration

Source : Outil d'auto-évaluation - Le centre de santé et de services sociaux, Québec, mars 2007

L'outil d'auto-évaluation conçu par l'OMS pour les hôpitaux a été adapté en fonction des besoins et des réalités des CSSS au Québec. Les cinq standards du document de l'OMS ont été ramenés à quatre (organisation promotrice de santé, soins de santé promoteurs de santé, milieu de travail promoteur de santé et communauté promotrice de santé) en réunissant la détermination des besoins des patients, l'information et les interventions auprès des patients en soins de santé promoteurs de santé. Deux dimensions ont ainsi été rajoutées au premier standard (organisation promotrice de santé) : organisation apprenante et performante et organisation protectrice de l'environnement (tableau 3.1). L'outil adapté a encouragé l'affiliation de plusieurs CSSS à un réseau montréalais de CSSS et d'hôpitaux promoteurs de santé. Rattaché au réseau international des hôpitaux et autres services de santé promoteurs de santé, ce réseau montréalais s'est transformé en réseau québécois, au début de 2012.

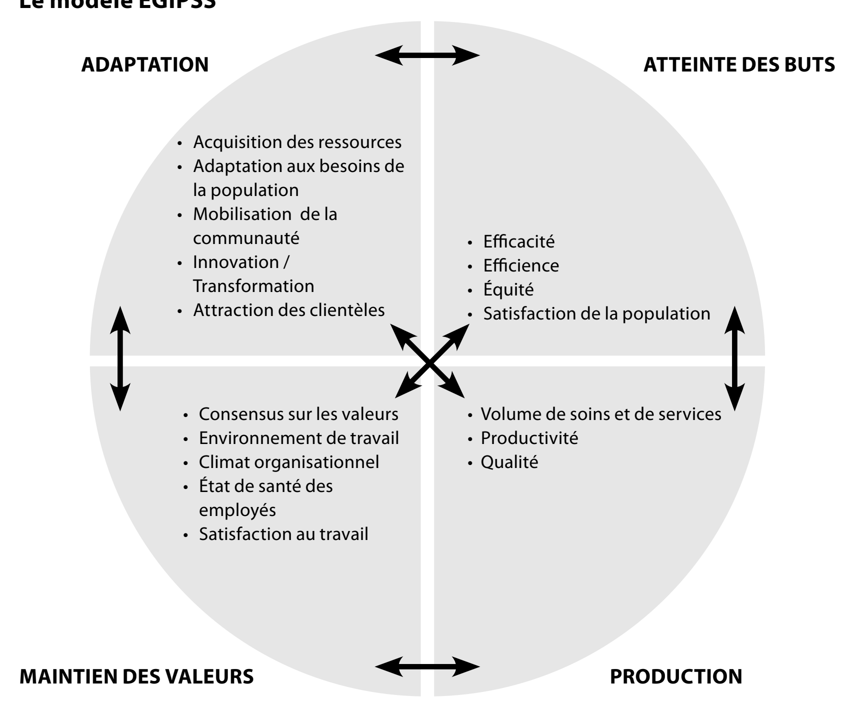
Le modèle EGIPSS sur l'évaluation de la performance

La figure 3.2 présente le modèle EGIPSS sur lequel s'appuie notre analyse. Ce modèle permettait d'évaluer la performance d'une organisation à partir de quatre grandes dimensions : l'adaptation, le maintien des valeurs, la production et l'atteinte des buts. D'après le modèle, un établissement est performant s'il s'adapte à son environnement interne et externe et aux besoins de sa clientèle ; s'il maintient un consensus sur un système de valeurs ; s'il produit des soins et des services de qualité en utilisant adéquatement les ressources ; et s'il atteint ses buts en regard de l'amélioration de la santé et de l'efficience.

L'AQESSS (2012) a choisi 273 indicateurs pertinents pour les différentes sous-dimensions du modèle dans son application aux CSSS, de 2010-2011. L'appréciation de la performance du CSSS reposait sur ces indicateurs pour chacune des dimensions de l'organisation (figure 3.2), mais aussi sur la capacité du CSSS à établir un équilibre dynamique entre les fonctions.

FIGURE 3.2

Le modèle EGIPSS



L'outil d'auto-évaluation du CSSS promoteur de santé et le modèle EGIPSS

L'examen de la compatibilité entre les quatre dimensions du modèle EGIPSS et les standards d'un CSSS promoteur de santé, présentés dans l'outil d'auto-évaluation, révèle qu'il existe une compatibilité entre la forte majorité des sous-dimensions (figure 3.2) du modèle EGIPSS (présentées dans les quatre triangles correspondant chacun à une dimension) et les dimensions (tableau 3.1) et les critères permettant de mesurer les standards pour un CSSS promoteur de santé. Les figures 3.3 à 3.6 présentent des liens entre les dimensions du modèle EGIPSS et les quatre standards du CSSS promoteur de santé[3].

L'organisation promotrice de santé

Pour devenir une organisation promotrice de santé selon les standards de l'outil d'auto-évaluation, le CSSS doit avoir une politique écrite en promotion de la santé qui fait partie du programme d'amélioration de la qualité de l'organisation, devenir une organisation apprenante et performante et s'orienter vers la protection de l'environnement. On peut établir un lien entre ces trois dimensions du standard « organisation promotrice de santé » et les quatre dimensions du modèle EGIPSS : l'adaptation, le maintien des valeurs, l'atteinte des buts et la production (figure 3.3).

Souvent associée à sa capacité d'être efficace et efficiente, la dimension « adaptation » du modèle EGIPSS fait référence à la capacité de l'établissement à s'adapter aux besoins et aux attentes de la population, à acquérir les ressources (financières, humaines et matérielles) nécessaires, à attirer les clientèles, à mobiliser la communauté, à innover et à se transformer. On peut relier (figure 3.3) trois des cinq sous-dimensions de l'adaptation (adaptation aux besoins de la communauté, acquisition des ressources et innovation et transformation) et deux des quatre critères de l'organisation apprenante et performante : l'existence de directives concernant la satisfaction des citoyens et des mesures prises pour assurer l'adaptation du CSSS aux exigences changeantes de l'environnement interne et externe, telles que la conception et l'implantation de nouveaux outils de communication et d'information (par exemple, un dossier médical informatisé

3. Les sous-dimensions du modèle EGIPSS en lien avec les dimensions des standards du CSSS promoteur de santé sont suivies d'un astérisque.



et des outils d'aide à la décision), et des changements au sein des structures de gestion (comme l'aplanissement des structures hiérarchiques ou une direction collaborative), et de la gouvernance (gestion continue de la qualité, partenariat et continuité des soins).

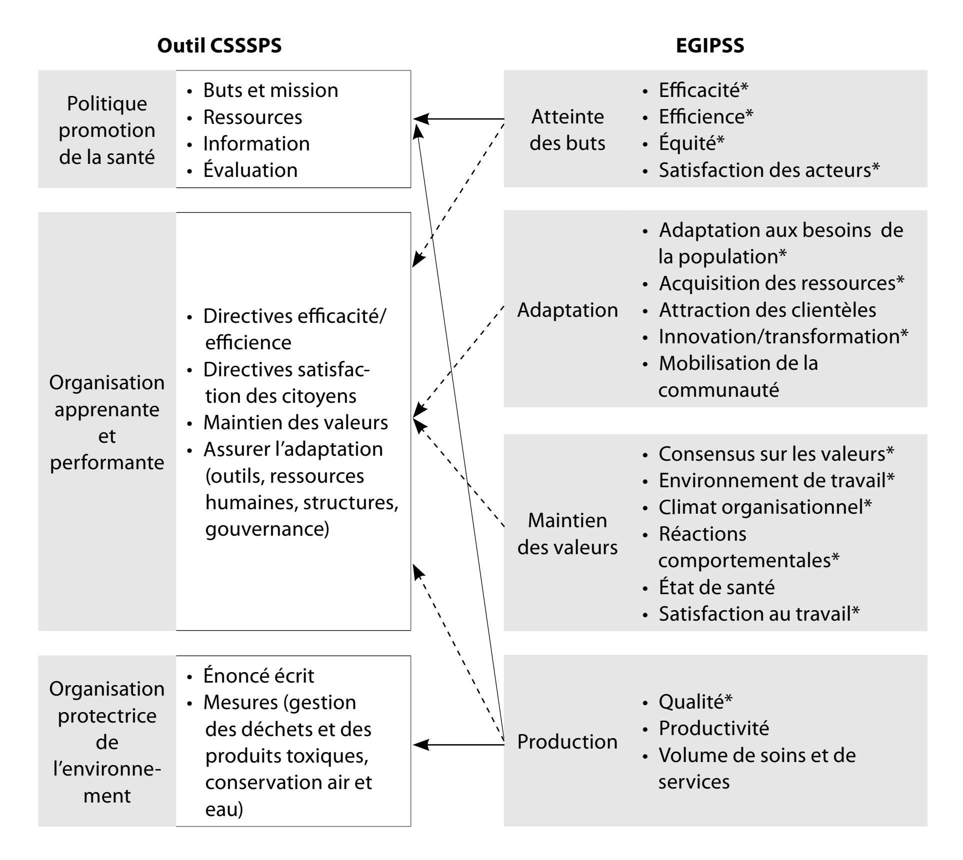
La dimension « maintien des valeurs » du modèle EGIPSS fait référence à la capacité de l'organisation au sein du système de santé et des services sociaux à adopter une vision et des valeurs communes qui permettent à tous les acteurs concernés de coopérer pour réaliser, de façon efficiente, le projet collectif dans lequel ils sont engagés. Elle inclut aussi l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction du personnel au travail, l'état de santé des employés et les réactions comportementales. Des liens peuvent être établis (figure 3.3) entre cinq des six sous-dimensions de la dimension « maintien des valeurs » et deux des quatre critères de l'organisation apprenante et performante : le maintien des valeurs communes (par exemple : équité, solidarité, éthique, respect des différences et participation) et les mesures prises sur le plan des ressources humaines pour assurer l'adaptation du CSSS aux exigences changeantes de l'environnement du travail (horaires flexibles, formation et politiques pour assurer un climat de travail sain).

La dimension « atteinte des buts » du modèle EGIPSS reflète la capacité de l'organisation à réussir sa mission : maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et réduire les inégalités de santé et de bien-être. Cette capacité de l'organisation se traduit dans les dimensions « organisation apprenante et performante » (critères de directives pour assurer l'efficacité et l'efficience des actions et assurer la satisfaction des citoyens) et « politique de promotion de la santé » (critère d'évaluation régulière des résultats des activités de promotion de la santé, prévention et protection de la santé) du standard « organisation promotrice de santé » (figure 3.3).

La dimension « production » du modèle EGIPSS est centrale dans l'évaluation de la performance de l'organisation. Les aspects de qualité non technique et technique, en particulier la sécurité, sont des sous-dimensions importantes. Les aspects de qualité non technique (accessibilité, continuité, coordination et globalité, et humanisme) sont pris en compte dans les soins centrés sur le patient, le partenariat, la gestion continue de la qualité de la dimension « organisation apprenante et performante » du standard « organisation promotrice de santé ». Les aspects

FIGURE 3.3

L'organisation promotrice de santé – une comparaison



de qualité technique, comme la justesse des activités et leur conformité aux bonnes pratiques, sont inclus dans la dimension politique de promotion de la santé du standard « organisation promotrice de santé » par le critère d'évaluation de la qualité des activités et du matériel de promotion de la santé, de prévention et de protection de la santé (figure 3.3).

Si la qualité technique (justesse, exécution compétente et sécurité) correspond à la capacité de l'établissement à minimiser les risques associés aux interventions, mais aussi aux milieux de soins et de services pour les patients, le personnel et la communauté, on peut aussi établir des liens avec la dimension « organisation protectrice de l'environnement » du standard « organisation promotrice de la santé » (figure 3.3). La sécurité

s'étend ici à des mesures que doit prendre le CSSS pour protéger l'environnement de la communauté (comme la gestion des produits toxiques, la gestion des déchets, la conservation de l'air et de l'eau, les mesures pour assurer l'efficacité énergétique, les opérations de transport en commun peu polluantes et les pratiques qui protègent l'écosystème, par exemple).

Nous constatons finalement la compatibilité la plus importante avec la dimension « organisation apprenante et performante » du standard « organisation promotrice de santé » (figure 3.3).

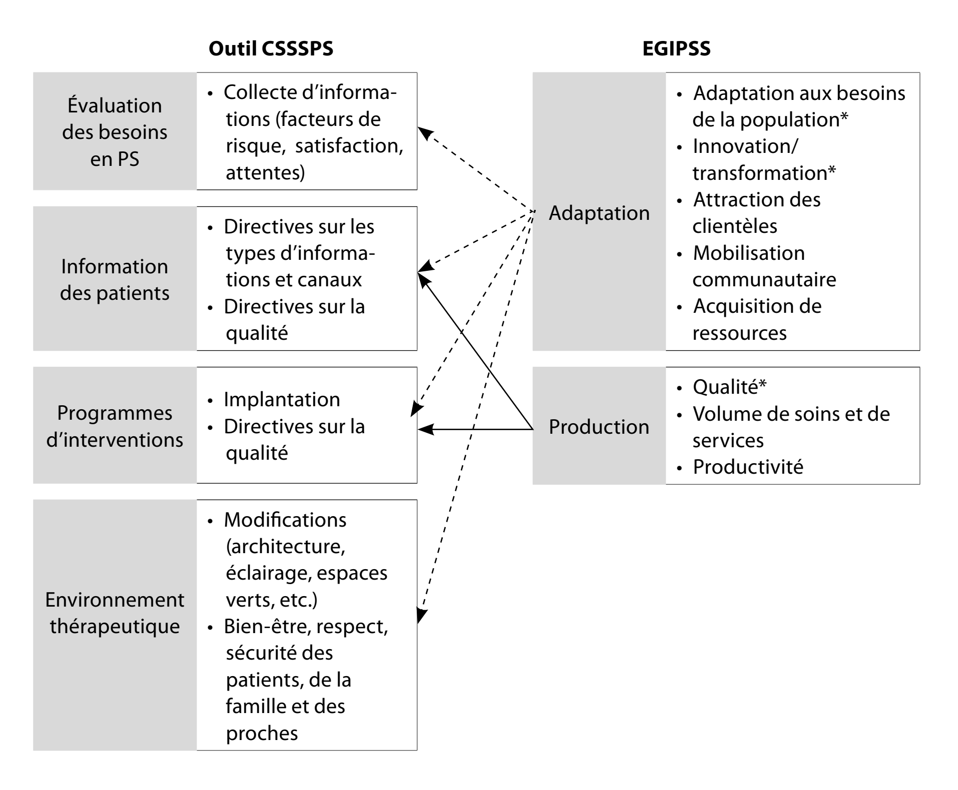
Les soins promoteurs de santé

Pour donner des « soins promoteurs de santé » selon les standards de l'outil d'auto-évaluation, un CSSS promoteur de santé doit s'assurer : 1) que les professionnels de la santé évaluent de manière systématique, et en partenariat avec les patients et les usagers des services de santé, les besoins en ce qui concerne la promotion de la santé, comme les facteurs de risque comportementaux et sociaux, les attentes et les représentations sociales ; 2) qu'une information claire, compréhensible et appropriée est transmise aux patients et usagers des services de santé au sujet des facteurs significatifs concernant leur maladie ou état de santé ; 3) que des interventions de promotion, de prévention et de protection de la santé sont mises au point et établies en partenariat avec les patients et les usagers dans toutes les trajectoires de soins qu'ils empruntent ; et 4) que des changements environnementaux sont faits pour assurer un environnement thérapeutique, le bien-être, le respect et la sécurité des patients et des usagers et de leurs proches. On observe des liens entre ces quatre dimensions du standard « soins promoteurs de santé » et deux des cinq sous-dimensions de la dimension « adaptation » et une des trois sous-dimensions de « production » du modèle EGIPSS (figure 3.4).

Ainsi, la sous-dimension « adaptation aux besoins de la population » associée à la dimension « adaptation » du modèle EGIPSS est présente dans toutes les dimensions du standard « soins promoteurs de santé » : l'évaluation des besoins, l'information transmise aux patients et aux usagers, la conception et la mise en place de programmes et services en partenariat avec les patients et les usagers des services de santé dans toutes les trajectoires qu'ils empruntent et les changements effectués pour créer un environnement thérapeutique. Un autre lien peut être établi entre la

FIGURE 3.4

Les soins promoteurs de santé – une comparaison



sous-dimension « innovation et transformation » de l'adaptation du modèle EGIPSS et l'environnement thérapeutique du standard « soins promoteurs de santé », puisque la création de cet environnement fait appel à l'innovation et à la transformation des lieux dans l'établissement (architecture des bâtiments, design, espaces verts et vêtements d'hôpital, par exemple).

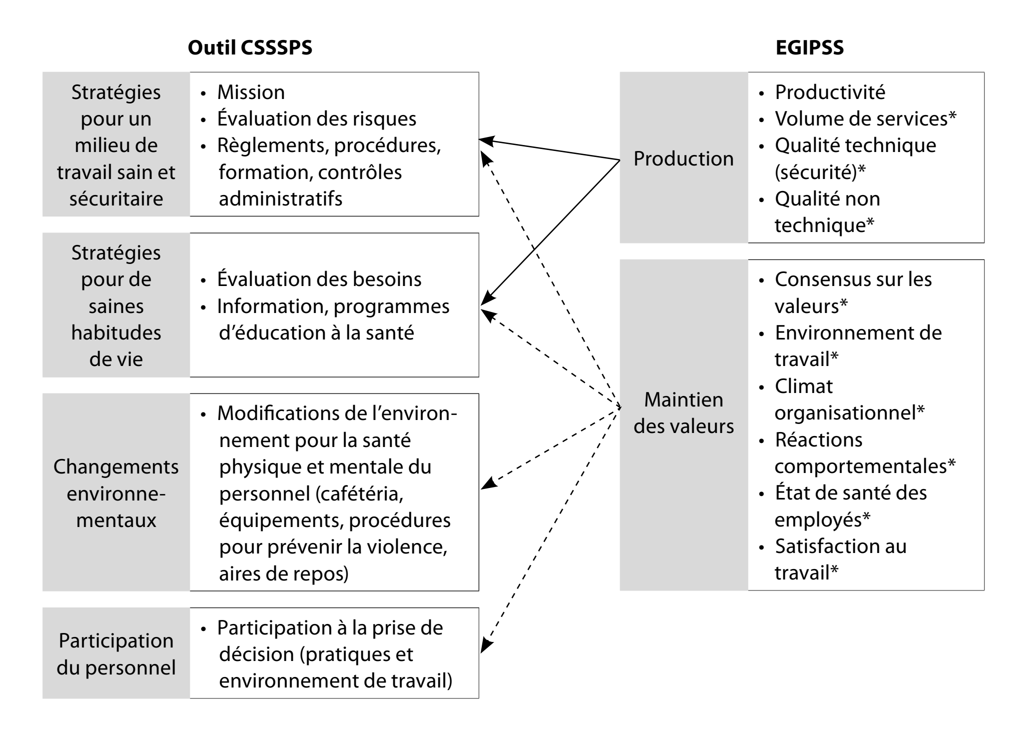
Enfin, les qualités techniques et non techniques, composantes importantes de la dimension « production du modèle EGIPSS », se retrouvent dans le développement des programmes et interventions en promotion de la santé, prévention et protection de la santé du standard « soins promoteurs de santé ». Des directives émises pour assurer la qualité technique et non technique de ces programmes et services devaient être aussi suivies par le CSSS, même dans le développement de l'information.

Le milieu de travail promoteur de santé

Pour mettre en place un milieu de travail promoteur de santé, l'organisation devait s'assurer que la santé et la sécurité de ses employés deviennent une priorité. Elle devait veiller au développement et à la mise en place d'un milieu de travail sain et sécuritaire, encourager de saines habitudes de vie chez le personnel, faire des modifications de l'environnement physique et social pour promouvoir la santé physique et mentale du personnel, prévenir la violence, promouvoir le bien-être du personnel et sa participation au développement des pratiques de travail et aux décisions concernant l'environnement de travail. Les quatre dimensions du standard « milieu de travail promoteur de santé » ont ainsi un lien avec toutes les sous-dimensions de la dimension « maintien des valeurs » du modèle EGIPSS (figure 3.5).

FIGURE 3.5

Un lieu de travail promoteur de santé – une comparaison



On peut aussi établir des liens entre les stratégies pour développer un milieu de travail sain et sécuritaire du standard « milieu de travail promoteur de santé » et la sous-dimension « qualité technique » de la dimension « production » du modèle EGIPSS et, en particulier, l'aspect sécurité. Le CSSS devait, en effet, avoir la capacité de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services pour le personnel et les patients. On observe enfin une correspondance entre la sous-dimension « volume de soins et de services » de la dimension « production » du modèle EGIPSS et la quantité et les types de programmes en éducation pour la santé offerts au personnel dans la dimension « stratégies pour de saines habitudes de vie » du standard « milieu de travail promoteur de santé ».

La communauté promotrice de santé

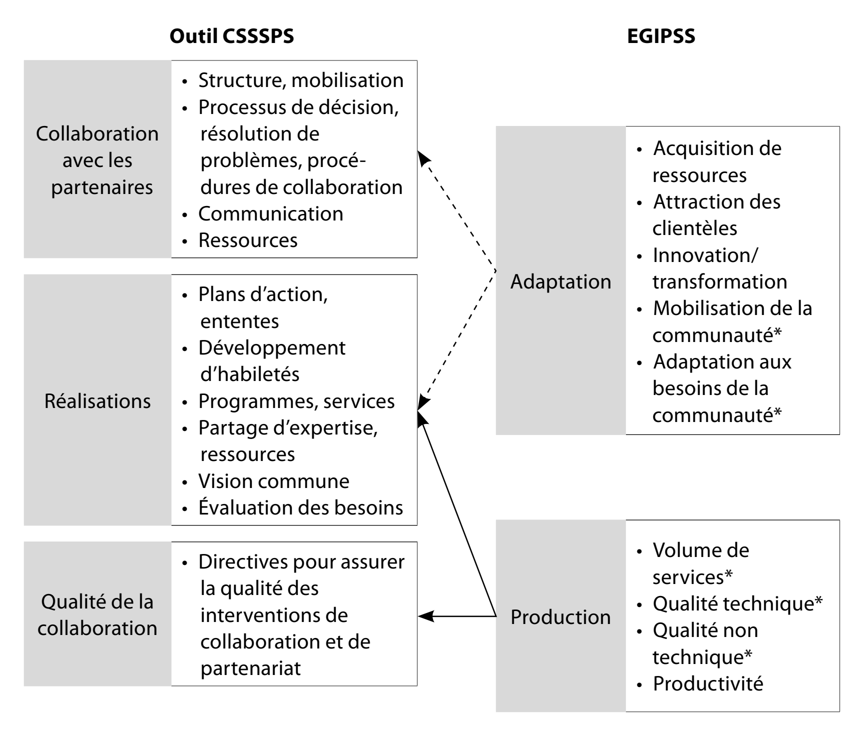
Pour encourager le développement d'une communauté promotrice de santé, le CSSS devait être capable d'établir des liens aussi étroits que possible avec les diverses ressources en santé de son réseau et la communauté. Le standard « communauté promotrice de santé » fait ainsi référence à la collaboration et aux partenariats développés, aux réalisations et à la qualité de la collaboration.

On pourrait faire le lien entre ces trois dimensions du standard « communauté promotrice de santé » et deux dimensions du modèle EGIPSS, « adaptation et production » (figure 3.6). Ainsi, la sous-dimension « mobilisation de la communauté » de « l'adaptation », qui mesure l'étendue et l'intensité du capital social du système de santé et de services sociaux de même que le soutien et l'appui dont l'établissement bénéficie, traduit partiellement la collaboration du CSSS promoteur de santé avec ses partenaires. La sous-dimension « adaptation aux besoins de la population » qui mesure le niveau d'ajustement des ressources et de la structure du système de santé et de services sociaux selon les besoins de la population rejoint quant à elle la préoccupation du CSSS de prendre en compte les besoins de la population de son territoire par un processus de décision inclusif, des procédures de collaboration et la mobilisation.

Le volume de services et la qualité non technique, sous-dimensions de la dimension « production » du modèle EGIPSS, peuvent faire référence aux réalisations du standard « communauté promotrice de santé » et ainsi

FIGURE 3.6

Une communauté promotrice de la santé – une comparaison



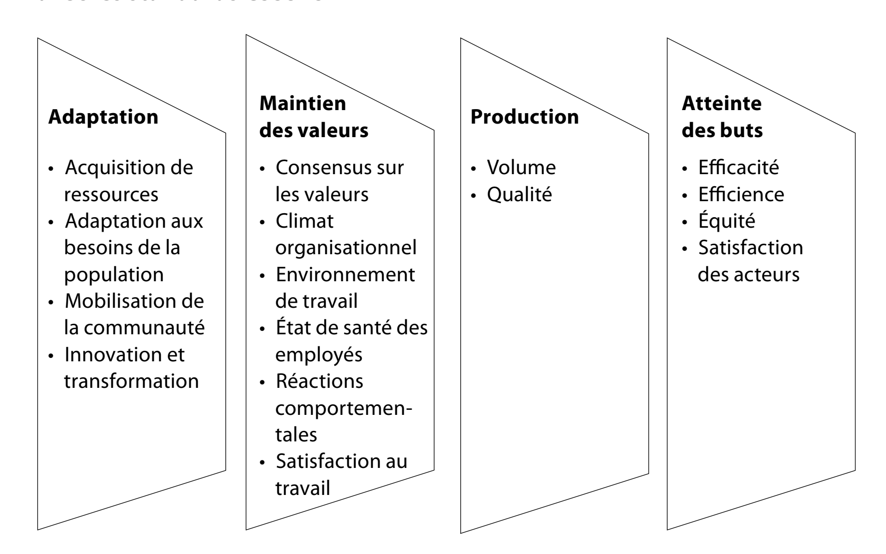
aux diverses activités mises en place par le CSSS (plans d'action, ententes, programmes et services, développement d'habiletés, partage d'expertise et ressources et évaluation). La sous-dimension « qualité non technique » de « production » peut aussi traduire quant à elle les directives émises pour assurer la qualité des interventions de collaboration et de partenariat (permettre à la population d'exprimer ses intérêts, ses besoins et ses préoccupations, s'assurer de sa participation dans la prise de décision, par exemple, ou concevoir et mettre sur pied des programmes et services en partenariat avec la communauté).

Les liens et les indicateurs de performance

La figure 3.7 révèle que la majorité des sous-dimensions du modèle EGIPSS ont des liens avec les dimensions et critères des standards d'un CSSS

FIGURE 3.7

Les sous-dimensions du modèle EGIPSS compatibles avec les standards CSSSPS



promoteur de santé. Seules deux sous-dimensions, l'attraction des clientèles et la productivité, n'ont aucun lien avec les dimensions et critères des standards définis pour un CSSS promoteur de santé dans l'outil d'auto-évaluation. Des liens existent, mais jusqu'où va la correspondance ? L'appréciation de la performance repose sur des indicateurs de réussite pour chacune des dimensions du modèle EGIPSS et sur la capacité à assurer l'équilibre entre les dimensions.

Des indicateurs pour mesurer la performance du système de santé et des services sociaux au Québec ont été présentés par le ministère de la Santé et des Services sociaux à partir du modèle de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les rapports du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) sur la performance du système de santé et des services sociaux et de l'AQESSS fournissent des critères à partir du modèle EGIPSS. Selon le rapport de l'AQESSS, qui fournit des mesures pour les établissements de santé du Québec (2012), on a choisi 273 indicateurs dans l'évaluation de la performance des CSSS en 2010-2011. Cette liste d'indicateurs permet-elle d'appréhender toute la complexité de la performance d'un CSSS promoteur de santé ? La réponse à cette question demande une étude approfondie. L'objectif ici est de

mettre en lumière certaines particularités des CSSS promoteurs de santé que l'on ne semble pas avoir considérés dans l'application du modèle EGIPSS.

Quant à la dimension « adaptation » du modèle EGIPSS, les indicateurs utilisés pour mesurer l'adaptation aux besoins de la population portent surtout sur l'adéquation de l'utilisation (utilisation des services et taux de pénétration par programme et par service clinique et de CLSC). Pour le CSSS promoteur de santé, il semblait important de compléter ces indicateurs par des informations sur les perceptions des patients, des usagers et des membres de la communauté, sur les besoins ainsi que sur les attentes concernant les programmes et services cliniques et de promotion de la santé. En ce qui a trait à l'innovation et à la transformation, il paraît pertinent d'inclure des indicateurs des innovations cliniques et des indicateurs de développement de nouveaux outils de communication et d'information utilisés par les professionnels de la santé et les patients. Mais il serait aussi utile d'inclure des indicateurs de changements importants demandés au CSSS promoteur de santé au sujet des structures de gestion et de la gouvernance, comme les soins centrés sur le patient ou le partenariat avec le patient. Dans un CSSS promoteur de santé, l'implication active de patients, d'usagers et d'un personnel mieux informés, le partage des décisions entre patients et médecins contribuaient à la qualité des soins et services et à la diminution des coûts.

Dans la dimension « adaptation » du modèle EGIPSS, la mesure de la mobilisation de la communauté fait référence à la solidarité sociale mesurée par les dons faits en santé et services sociaux, et le bénévolat dans le système de santé et de services sociaux. La participation de la communauté se caractérise par la concertation et le partenariat rendus nécessaires à cause de la complexité des problèmes auxquels doivent faire face les communautés. Les CSSS avaient conçu une expertise en développement communautaire dans le cadre de leur responsabilité populationnelle. Ils étaient l'un des acteurs locaux impliqués dans ce développement. Des indicateurs des résultats de cette expertise de soutien à la communauté dans l'action sur les déterminants de santé et bien-être (et en particulier sur ses stratégies favorisant l'*empowerment* individuel, organisationnel, mais aussi communautaire) étaient à envisager, pour un CSSS promoteur de santé.

Dans la dimension « maintien des valeurs » du modèle EGIPSS, on retrouve des indicateurs importants pour le CSSS promoteur de santé : la

perception de la culture de la sécurité et la perception de la culture de la transparence. Ainsi, la priorité accordée à la santé et à la sécurité dans le travail du personnel témoigne de l'importance accordée au personnel dans les *Recommandations de Vienne pour les hôpitaux promoteurs de santé*. Les valeurs sont au centre des choix, des priorités du système de santé, donc de la planification stratégique et opérationnelle du système de santé. Comme elles influencent les objectifs et les ressources qu'une organisation va mobiliser, elles sous-tendent la construction des standards sociaux pour juger les actions entreprises. Des indicateurs des valeurs mises en avant par un CSSS promoteur de santé, mais surtout sur la façon de les promouvoir et de les maintenir, ainsi que sur leur degré de partage par les acteurs de l'organisation, méritaient aussi d'être considérés (par exemple, le respect, la dignité, l'équité, le respect des différences, l'éthique professionnelle et la participation). De fait, ces valeurs sont significatives et fournissent aux acteurs des éléments de motivation et un soutien aux actions entreprises.

Dans les mesures de la qualité de vie au travail (environnement de travail, climat organisationnel, satisfaction au travail, réactions comportementales et état de santé des employés) du modèle EGIPSS, les indicateurs de l'environnement au travail mesurent les facteurs qui favorisent la rétention et la performance du personnel. Les changements effectués sur le plan de l'environnement physique et social du travail, qui encouragent la santé physique et mentale du personnel (par exemple, mesures pour prévenir la violence et menus équilibrés à la cafétéria), étaient des facteurs à intégrer dans les indicateurs pour un CSSS promoteur de santé. Parmi les indicateurs de l'état de santé du personnel, il faut souligner aussi la pertinence d'indicateurs des habitudes de vie du personnel, notamment sur le tabagisme et les habitudes alimentaires.

Dans la dimension « production », les indicateurs de la qualité non technique (accessibilité, continuité, coordination et globalité, et humanisme) sont tous importants pour un CSSS promoteur de santé. Dans les taux de satisfaction des usagers, il faut s'assurer toutefois de l'inclusion de la perception des usagers par rapport aux différents éléments de la relation avec les professionnels de la santé, comme l'écoute, la communication et le respect. Pour mesurer la coordination et la continuité, il faut aussi rappeler la pertinence d'indicateurs des liens entre les différents programmes et services du réseau local du CSSS comme les continuums

de soins, les mécanismes de concertation et le développement d'une vision commune dans le cadre des partenariats. Deux des indicateurs de performance proposés dans l'outil d'auto-évaluation pour les hôpitaux promoteurs de santé de l'OMS étaient à considérer : le score concernant la préparation du patient à son congé, et le pourcentage de sommaires de congé d'hôpital envoyés à l'omnipraticien ou à la clinique de référence dans les deux semaines du congé ou donnés aux patients eux-mêmes au moment de la sortie. Pour ce qui est des indicateurs de la qualité technique, la justesse et l'exécution compétente devraient s'appliquer aussi aux tâches non cliniques.

Dans la dimension « atteinte des buts » du modèle EGIPSS, rappelons aussi l'importance des indicateurs d'efficacité populationnelle, notamment d'indicateurs des habitudes de vie des membres de la communauté. Ces indicateurs se trouvent dans le rapport sur la performance du Commissaire à la santé et au bien-être (2014).

* * *

Quant aux acteurs clés de CSSS, le concept CSSS promoteur de santé venait donner sens à l'orientation proposée par la réforme de 2003 (Dedobbeleer *et al.*, 2007). Ce n'était pas un ajout de fonctions et de tâches, mais un concept intégrateur, compatible avec les pratiques et les besoins des CSSS, et une approche stimulante et gagnante qui favorisait une responsabilité partagée et qui encourageait la participation de tous (c.-à-d. gestionnaires, professionnels de la santé, personnel et patients et familles, communauté et partenaires du réseau). Un réseau montréalais d'hôpitaux et de CSSS s'est transformé en 2012 en un réseau québécois d'établissements promoteurs de santé. Il regroupait 38 établissements, dont 26 CSSS (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006).

Pour mesurer toute la complexité de la performance du CSSS, les indicateurs du modèle EGIPSS présentés dans le travail de l'AQESS sont incontournables. Toutefois, il paraît important de compléter le travail sur les indicateurs pour s'ajuster aux particularités du concept CSSS promoteur de santé.

La compatibilité entre les dimensions du modèle EGIPSS et les standards du CSSS promoteur de santé suggère-t-elle qu'un CSSS promoteur de santé a une plus forte probabilité de devenir un CSSS performant ? La

réponse à cette question a des implications importantes et mérite notre attention dans la période d'inquiétudes et de grandes tensions créées par la dernière réforme, celle de 2015. La vision du CSSS promoteur de la santé, comme celle de l'hôpital promoteur de santé, partage avec la loi 10 les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et d'augmentation de l'efficacité et de l'efficience. Elle interpelle toutefois les différents milieux touchés par la réforme par sa capacité à développer une véritable culture de santé, son désir de développer des services à l'écoute des patients et usagers, des milieux de travail sains et sécuritaires, des environnements favorables à la santé, et ce, dans un continuum de services et en partenariat étroit avec les différents acteurs de la communauté.

CHAPITRE 4

Le système de santé et de services sociaux au Québec : un levier clé d'amélioration de la performance ?

José Carlos Suárez-Herrera

Plusieurs réformes législatives ont eu lieu dans le secteur de la santé au Québec depuis quelques années, ce qui a substantiellement transformé les pratiques des acteurs locaux et des collectivités territoriales. Ces réformes promeuvent au fur et à mesure l'intersectorialité de l'action locale, notamment par l'implantation des réseaux intégrés de santé. La mise en réseau des pratiques sociosanitaires constitue un double enjeu pour les responsables du système de santé. D'une part, la complexité croissante des régulations territoriales faisant partie du panorama politico-administratif et juridico-légal constitue une véritable entrave à une mise en œuvre efficace d'interventions en réseau. D'autre part, les interventions en réseau mobilisent des acteurs de plus en plus nombreux représentant des secteurs d'intervention bien différenciés, souvent divergents, qui développent graduellement de nouvelles pratiques professionnelles dans le secteur de la santé.

La gouvernance intersectorielle du système de santé renvoie alors à une forme de stratégie décentralisatrice mobilisant des acteurs hétérogènes, mais interagissant collectivement pour répondre de la façon la plus adéquate possible aux besoins sociosanitaires divers d'une population inscrite dans un territoire donné. La mise en réseau du système de santé apporte ici une orientation territoriale aux processus d'intégration des

soins. En d'autres termes, elle oriente la gouvernance de ces services en fonction d'un découpage administratif du territoire où l'action collective à l'échelle locale gagne en importance lorsqu'il s'agit de mettre en place des stratégies de concertation intersectorielle pour agir efficacement sur la santé et le bien-être de la population.

Au Québec, selon le projet de loi nº 25[1] – adopté le 18 décembre 2003 – et plus tard en 2005 le projet de loi nº 83[2], c'est l'ensemble de l'espace, découpé en territoires pertinents, qui se voit doté de Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les CSSS sont les structures responsables de la configuration et de la mise en place des Réseaux locaux de services (RLS). Ces réseaux coordonnaient les efforts de leurs membres vers l'intégration des soins et des services de proximité et faisaient appel à des partenaires publics, privés et associatifs ayant pour but l'amélioration de la performance du système de santé.

Plus récemment, le projet de loi nº 10[3] – adopté le 7 février 2015 – effectue un virage radical et propose un vaste exercice de centralisation du système de santé et des services sociaux du Québec, comprenant tant la concentration des processus décisionnels dans les dépendances ministérielles, que la concentration des services de soins à la population vers les villes les plus importantes. Le projet de loi nº 10 abolit les 18 agences régionales de santé et de services sociaux du Québec et propose la fusion de tous les CSSS, qui ne seront plus que 22 sous la responsabilité d'une nouvelle structure organisationnelle : les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)[4]. Peu sensibles aux particularités sociales et culturelles de

---

1. Assemblée nationale du Québec (2003). *Projet de loi nº 25 : Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Dernier accès le 21 mars 2017 sur le site : http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-25-37-1.html

2. Assemblée nationale du Québec (2005). *Projet de loi nº 83 : Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Dernier accès le 21 mars 2017 sur le site : http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-83-37-1.html

3. Assemblée nationale du Québec (2015). *Projet de loi nº 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Dernier accès le 21 mars 2017 sur le site : http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html

4. Les CISSS chapeautent l'ensemble du système de santé et de services sociaux, à raison d'un CISSS pour chacune des 16 régions sociosanitaires du Québec, exception faite de la région de Montréal, qui disposera de cinq CISSS et de la région de Montérégie, qui disposera de trois CISSS.

la population – donc au principe des soins de proximité –, les CISSS contribuent à la dévitalisation des régions québécoises et proposent à la population des soins et des services standardisés, ce qui constitue un vrai obstacle à l'amélioration de la performance du système de santé.

L'amélioration continue de la performance

La performance du système de santé se décline selon différents degrés de complexité organisationnelle et son appréciation dépend d'un grand nombre de critères bien différentiés. On a proposé un modèle fédérateur d'évaluation de la performance : le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (EGIPSS)[5]. Ce modèle est axé sur quatre fonctions principales (adaptation au contexte, atteinte des buts, intégration de la production et maintien des valeurs) et les interdépendances entre ces quatre fonctions (équilibres stratégique, allocatif, tactique, opérationnel, légitimatif et contextuel). Selon les auteurs du modèle EGIPSS (Champagne, F., Contandriopoulos A.-P. *et al.*, 2005), il est préférable de concevoir la performance d'un système de santé dans chacune de ses composantes et avec celle du réseau constitué par les autres organisations avec lesquelles il interagit.

De cette façon, l'intégration des soins se place stratégiquement au cœur du discours et des pratiques de mise en réseau des trois plans de décision que sont le national, le régional et le local. Elle renvoie au besoin de coordination de l'offre des services dans un territoire et à l'intégration des pratiques des soins des acteurs de secteurs d'intervention distincts. Effectivement, la tendance actuelle dans les systèmes de santé contemporains est une intégration des soins en réseau comprenant l'ensemble des fournisseurs de services sociaux et de santé d'un territoire donné et conduisant à la création de nouveaux espaces de négociation. Cette intégration des soins renvoie aussi à un partage des responsabilités entre les différents paliers décisionnels qui sera structuré autour d'un double défi : d'une part, éviter les dédoublements et la duplication des rôles ainsi que les incohérences qui peuvent en résulter et d'autre part, confier à l'instance appropriée les fonctions qu'elle est le plus à même d'exercer.

5. Modèle EGIPSS : Modèle global et intégré d'évaluation de la performance des systèmes de santé (cf. chapitre 1).



Ainsi, ces réseaux intégrés de santé et de services sociaux, en concertation avec les acteurs concernés, sont censés assurer l'accessibilité aux soins de l'ensemble de la population et instaurer une coordination collective de l'ensemble des partenaires du territoire dans la planification et la mise en œuvre de l'offre des services. Parmi les solutions envisagées pour prendre en considération les défis inhérents à la coexistence de plusieurs logiques d'action et de régulation de leur système de santé, de nombreux pays ont adopté des modalités nouvelles de gouvernance. En fonction de l'orientation et de la cohérence entre les différents paliers de gestion, les modalités de gouvernance peuvent adopter, entre autres, une approche *clinique*, *territoriale*, *démocratique* ou *intersectorielle*.

Je m'intéresse ici plus particulièrement à la gouvernance intersectorielle en tant que stratégie territoriale exercée par les autorités administratives d'un système de santé pour orienter les perspectives des acteurs des différents secteurs d'intervention vers des objectifs collectifs. Ces acteurs peuvent provenir tant de la sphère publique que du secteur privé ou de la société civile, et peuvent se trouver à tous les échelons et paliers de décision. Par sa nature participative, ce type de gouvernance cherche à intégrer l'effort collectif dans un processus de mise en réseau des soins et des services de proximité habituellement mis sur pied et conçus par une autorité publique ou par des opérateurs de ces services, et actualisés par des acteurs publics, privés et associatifs. Ces acteurs peuvent se situer dans un ou plusieurs secteurs et peuvent agir à une ou à plusieurs échelles différentes. La gouvernance intersectorielle renvoie ainsi à un programme axé sur une vision collective qui promeut notamment le renouvellement des logiques d'action dominantes au sein du secteur de la santé, souvent organisée autour d'une logique centralisatrice, sectorielle et unique.

Sous cette perspective, la réforme du système de santé et de services sociaux québécois du 18 décembre 2003 apparaissait comme un projet de gouvernance innovateur capable de rendre compte des régulations territoriales et des actions intersectorielles pouvant simultanément instruire et stimuler la participation cohérente des acteurs de l'administration publique, du secteur privé et de la société civile aux décisions d'intérêt collectif. Les acteurs responsables de la mise en place des interventions intersectorielles auraient donc besoin de miser sur des savoirs et des pratiques multiples nécessaires à la coordination et à la mobilisation de

différents réseaux d'acteurs conduisant à l'amélioration continue de la performance du système de santé et de services sociaux québécois.

Bien évidemment, le risque associé à toute stratégie de gouvernance fondée sur la concertation intersectorielle est de superposer une instrumentation additionnelle des structures formelles d'encadrement sans contribuer à des changements souhaitables dans les pratiques locales d'offre de soins et de services de proximité. En m'inspirant des travaux de Denis et de Contandriopoulos (2008) sur la gouvernance clinique, j'appuie l'idée que, afin d'éviter cet effet indésirable, on peut percevoir ce type de gouvernance comme un exercice où l'on invite les acteurs territoriaux à reconnaître les limites de leurs actions prises individuellement et le potentiel immense que représentent une disponibilité et une utilisation accrues de l'information pour appuyer des démarches participatives d'amélioration de la qualité des soins et, plus amplement, de la performance du système de santé. En somme, plusieurs conditions semblent essentielles à une bonne performance du système de santé.

Dans ce texte, trois étapes clés faisant partie du projet de réforme sociosanitaire qui a eu lieu en 2003 au Québec sont prises en considération. Dans un premier temps, la *configuration en réseau* des acteurs clés du secteur de la santé, processus complexe qui s'articule autour de l'intégration des soins et le partage des responsabilités. Ensuite, des modalités émergentes de gouvernance fondées sur la *concertation intersectorielle*, capables d'orienter des perspectives souvent fort divergentes vers la configuration des projets d'action collective. Enfin, l'implantation des réseaux intégrés de soins et de services de proximité ainsi que l'intersectorialité comme élément clé de la gouvernance font apparaître des espaces d'apprentissage collectif qui promeuvent activement l'émergence de *nouvelles pratiques organisationnelles*. Cette perspective dynamique et transformatrice pourrait contribuer substantiellement à l'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux québécois.

La configuration en réseau du système de santé

Le processus de réorganisation du système de santé et de services sociaux québécois promeut en 2003 la création et la mise en œuvre des CSSS. Investies d'un mandat fondé sur la *responsabilité populationnelle* et la *hiérarchisation des services*, ces nouvelles instances se portent garantes de

l'accessibilité et de la continuité des soins et des services de proximité pour l'ensemble de la population de leur territoire. Adhérant à ces principes, les CSSS et leurs partenaires locaux s'accordent une responsabilité collective reconnue envers la population de leur territoire. Dans cette perspective, le CSSS se doit de mobiliser les acteurs locaux (professionnels, gestionnaires et partenaires) et les ressources de son territoire autour d'un *projet clinique organisationnel* qui lui permettra d'assumer cette responsabilité envers la population locale. Pour être en mesure d'accomplir pleinement sa mission, chaque CSSS doit constituer et animer un RLS. Ces réseaux locaux coordonnent les efforts de leurs membres vers l'intégration des soins et font appel à des partenaires publics, privés et associatifs ayant pour but suprême l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population.

Le CSSS devrait atteindre cet objectif en développant des ententes formelles de services avec les partenaires de son territoire qui exercent tant dans le secteur de la santé – comme les Groupes de médecine de famille (GMF) et les Cliniques médicales associées (CMA) – que dans d'autres secteurs d'intervention relatifs à la santé des populations – tels les commissions scolaires, les municipalités, le milieu de l'habitation, les pharmacies communautaires, les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires. Par cette collaboration avec ces secteurs d'intervention, le CSSS se doit ainsi de développer une vision cohérente et de coordonner les actions afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population. La création et la mise en œuvre des RLS constituent la stratégie centrale d'un projet de réforme qui met en place un ensemble de conditions favorables à l'intégration des soins, en vue d'amener les organisations et les acteurs du secteur de la santé à répondre à des objectifs communs. Pour ce faire, chaque territoire peut compter sur un ou plusieurs RLS tout en adoptant une structuration organisationnelle semblable à la gestion matricielle. C'est en favorisant la mise en place de véritables RLS intégrés à partir de l'initiative des distributeurs locaux coordonnant leurs activités et rendus responsables, collectivement, de la santé et du bien-être de leur réseau respectif (principe de *responsabilité populationnelle*), des distributeurs appuyés par les réseaux universitaires intégrés de services (RUI) et des GMF (principe de *hiérarchisation de services*), que des solutions satisfaisantes aux problèmes du système de santé peuvent être attendues.

Les stratégies territoriales de réforme fondées sur l'implantation des RLS représentent un défi de taille en raison de la complexité des mécanismes de régulation à synchroniser au sein du système de santé. Effectivement, la configuration en réseau des services de soins amène les acteurs concernés à composer avec un territoire défini et bien circonscrit sur le plan administratif, mais dont les bornes ne sont que rarement respectées par les interventions sociosanitaires. Ainsi, en raison de la complexité des logiques d'action sous-jacentes au fonctionnement du système de santé et de services sociaux québécois, de nouvelles stratégies de gouvernance pourraient être adoptées impliquant les savoirs et les pratiques des acteurs territoriaux et des secteurs d'intervention distincts. Ceux-ci pourraient suivre les principes de la concertation intersectorielle afin de coordonner leurs stratégies locales avec les régulations territoriales, autour d'un projet d'action collective orienté vers la coproduction et la distribution des services sociaux et de santé équitables et de qualité.

La gouvernance fondée sur la concertation intersectorielle

Dans le cadre de la réforme de 2003 du système de santé et de services sociaux québécois, les responsables sanitaires travaillent à la conception d'un projet clinique participatif à partir de plusieurs points d'ancrage, dont ceux de la *responsabilité populationnelle* et de la *hiérarchisation des services*. Au cœur de ce modèle de gouvernance, les stratégies territoriales fondées sur la concertation intersectorielle deviennent essentielles à l'atteinte des visées des 95 CSSS québécois et leurs RLS.

À cet égard, plusieurs auteurs soulignent l'importance de la participation active des acteurs territoriaux dans une configuration des réseaux intégrés de soins fondée sur les principes d'intersectorialité. De même, ils stipulent que certaines stratégies territoriales pouvaient servir, entre autres, à enraciner l'autorité régionale dans un projet d'action collective local capable de développer un espace de gouvernance légitime et moins dépendant à l'égard du palier central. Une telle proposition est conforme à la lecture de ceux qui voient dans la concertation intersectorielle une façon de renouveler le système de santé et les services sociaux québécois et qui renvoient les décisions d'intérêt collectif de la population à une conception réaliste de la participation publique.

Dans ce contexte, de nombreuses contraintes imposées par les différents projets de réforme mis en place au cours des dernières décennies ont influencé la participation des acteurs de tous les secteurs d'intervention à la gouvernance du système de santé. Ainsi, historiquement, les expériences participatives sur les plans local, régional et central semblent avoir favorisé davantage l'échange d'information, ou encore la confrontation entre secteurs d'intervention, plutôt que la conciliation des intérêts et l'appropriation des soins et des services de proximité par la population (D. Contandriopoulos, 2004 ; Gauvin *et al.*, 2009).

Or, malgré les limites inhérentes à la concertation intersectorielle – notamment celles qui sont liées à la politisation de la santé et à la tendance à la recentralisation des responsabilités sur le plan local – ces auteurs soutiennent que ce type de gouvernance peut mener à plusieurs effets bénéfiques, soit une plus grande efficience, une meilleure qualité de services, la création d'espaces d'apprentissage et d'innovation, une plus grande motivation des équipes professionnelles, une prestation plus équitable des soins et des services de proximité et une implication citoyenne à la planification dynamique, ainsi qu'à l'implantation et à l'évaluation des interventions sociales et de santé (Denis, 2002).

Ainsi, pour répondre aux enjeux associés à cette modalité participative de gouvernance, le système de santé et de services sociaux québécois se rapporte au design organisationnel et au partage des responsabilités et des capacités d'influence parmi les différents acteurs qui le composent, aux systèmes et aux mécanismes de production et de diffusion de l'information et aux modalités de financement des organisations et des professionnels. À cet égard, la concertation intersectorielle semble comporter en soi une dimension d'apprentissage organisationnel. Cela étant soustendu par le fait qu'elle pouvait permettre de générer des stratégies territoriales innovatrices et de nouveaux mécanismes de régulation qui émergent après la participation de multiples acteurs de secteurs d'intervention différents de la configuration des réseaux intégrés de santé.

L'émergence des pratiques organisationnelles innovatrices

Grâce à sa recherche d'actions collectives innovatrices axées sur une participation active et réflexive des acteurs concernés, la gouvernance intersectorielle promeut deux lignes de force transformatrices au sein du

système de santé et des services sociaux québécois. Premièrement, le principe axé sur la responsabilité populationnelle contribue à octroyer une finalité socialement responsable aux dispositifs de gestion, d'information et de financement du système de santé. Deuxièmement, la hiérarchisation des services contribue à attribuer une finalité stratégique aux dispositifs de participation, de collaboration et de concertation mis en place dans le cadre de la réforme de 2003. Cette relation dialectique entre les finalités sociales et stratégiques de la gouvernance intersectorielle annonce donc une performance renouvelée et intégrale du système de santé.

Effectivement, plusieurs études soutiennent l'idée que le but ultime de la gouvernance intersectorielle est de changer et d'améliorer de façon continue la performance du système de santé et de rendre compte de son évolution sur un territoire donné (A.P. Contandriopoulos, 2008; A.P. Contandriopoulos, Trottier et Champagne, 2008). Ce type de gouvernance, par sa nature participative, m'amène ainsi à opérationnaliser le concept de performance en fonction de la complexité sociale et des enjeux techniques qui ont été évoqués dans les sections précédentes.

De cette façon, selon cette perspective globale, complexe et intégrée déployée à propos de la notion de gouvernance intersectorielle, la performance du système de santé et de services sociaux québécois serait conçue comme un construit multidimensionnel permettant aux parties prenantes de délibérer et de formuler un jugement au sujet des qualités essentielles des soins et des services de proximité, selon les perspectives des acteurs concernés. Les logiques proposées par ces acteurs, leurs croyances et valeurs, leurs connaissances et leur positionnement en font partie, tout en contribuant à la configuration d'un projet d'action collective axé sur la responsabilité populationnelle.

Ainsi, la mise en place de nouveaux modes de gouvernance représente une composante essentielle d'une stratégie intersectorielle d'amélioration de la performance du système de santé comprenant un changement important des pratiques organisationnelles dans tous les secteurs de la société, à toutes les échelles et à tous les paliers d'influence. Ce type de gouvernance doit répondre à deux grandes limites dans sa capacité à produire des transformations, la première étant sa dépendance concernant les mandats et la volonté du gouvernement central et la deuxième, sa difficulté à agir sur les pratiques locales sur un plan intersectoriel. Plusieurs propositions semblent pertinentes afin de dynamiser une stratégie de gouvernance intersectorielle

en faveur du changement souhaité : recourir à un ensemble de leviers de transformation des pratiques ; assurer un appui durable du gouvernement central ; enfin, garantir une participation suffisante pour légitimer et pérenniser un tel changement (Denis et A.P. Contandriopoulos, 2008).

Par conséquent, pour réorienter le système de santé et de services sociaux québécois de façon à répondre aux besoins populationnels, les initiatives favorisant l'intégration des soins et des services de proximité ainsi que la mobilisation des savoirs et des pratiques nécessaires pour éclairer les stratégies de changement adoptées sont cruciales. Ces deux types de leviers font partie inhérente des projets cliniques mis en place par les CSSS lors de la réforme de 2003 et pourraient s'avérer efficaces pour axer les mécanismes de régulation et les pratiques stratégiques sur un processus d'amélioration continue de la performance. Ces propos s'appuient sur ceux de Baker et Denis (2011), qui affirment que les projets d'action collective axés sur la mobilisation des connaissances et le développement de compétences permettraient de consolider les processus d'amélioration continue de la performance des systèmes de santé contemporains.

De cette façon, des programmes de formation continue ainsi que des méthodes d'apprentissage efficaces pour mettre à l'essai de nouvelles formes d'action collective sont indispensables pour que les efforts de changement mis en place puissent porter leurs fruits. Selon ces auteurs, on récupère les coûts associés aux programmes de perfectionnement du personnel grâce aux gains d'efficacité découlant des améliorations dans les systèmes de gestion, d'information et de financement du système de santé.

Les leviers de changement nécessaires à l'amélioration continue de la performance du système de santé obligent les CSSS et leurs RLS respectifs à composer avec des stratégies paradoxales (la décentralisation des soins sur le plan régional par rapport à une recentralisation des responsabilités sur le plan local) qui les placent au cœur d'un processus complexe de transformations majeures. Plusieurs auteurs montrent que c'est par la combinaison de logiques d'action contradictoires – ascendantes et descendantes, routinières et innovatrices, verticales et horizontales – que les changements proposés par les stratégies d'intervention intersectorielle ont les meilleures chances de réussite (Bourque et Mercier, 2008 ; Trottier, 2010).

Plus précisément, les transformations associées au projet de réforme de 2003 du système de santé et de services sociaux au Québec trouvent leurs fondements sur trois aspects qui me semblent essentiels pour tout

projet d'action collective au sein du système de santé : d'abord, les processus de régionalisation, qui trouvent leur légitimité au Québec au sein d'un système de valeurs fondé sur la santé des populations et qui se traduisent en politiques concrètes de décentralisation des soins et des services de proximité. Ensuite, la transformation progressive du système de santé en un système réticulaire articulé sur un territoire donné par un ensemble de réseaux locaux de services qui agissent sous l'égide des principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services. Enfin, la concertation intersectorielle, qui promeut un processus complexe d'enchevêtrement des logiques d'action axé sur des pratiques participatives innovatrices des acteurs publics, privés et associatifs et orienté vers l'amélioration de la performance du système de santé.

En ce sens, la participation des acteurs de tous les secteurs d'intervention demeure au cœur des stratégies innovatrices d'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux québécois. Ces nouveaux acteurs se consolident dans le panorama social et de la santé, non seulement comme responsables ultimes de la santé publique, mais aussi comme décideurs en ce qui concerne la gouvernance des soins et des services de proximité de même que les multiples politiques publiques ayant une incidence sur la santé et le bien-être des populations.

Dès lors, le projet de loi n° 10 : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* sur la réforme du système de santé et de services sociaux du Québec s'oppose à l'adoption d'une approche intersectorielle et participative de la gouvernance et développe une vision essentiellement centralisatrice des pouvoirs décisionnels. Ce projet de réforme semble ignorer les principes de promotion de la santé et de participation citoyenne annoncés en 1978 lors de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires et situe sur un deuxième plan les fonctions essentielles de la Santé publique annoncées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2002, axées sur la responsabilité collective de la santé et la prise en compte des déterminants socioéconomiques et sanitaires. Cette mise à l'écart d'une vision démocratique et participative du système de santé et de services sociaux québécois risque de négliger les propos fondés sur la gouvernance intersectorielle en tant que responsabilité sociale du secteur de la santé.

* * *

Les argumentations exposées dans ce texte suggèrent que la gouvernance intersectorielle requiert concrètement des modes d'action hybrides et participatifs cherchant à conjuguer les atouts d'une part, des actions collectives des groupes influents et d'autre part, des mécanismes de régulations territoriales, pour agir collectivement sur l'offre de soins et de services de proximité. Ici, l'instance régionale doit bénéficier de la participation des acteurs de tous les secteurs d'intervention pour améliorer la performance du système de santé tout en réduisant au minimum les effets négatifs des contraintes relatives à la disponibilité et à l'accessibilité des soins (A.P. Contandriopoulos *et al.*, 2008 ; Denis, 2002).

Pour accroître leur capacité à produire des interventions innovatrices visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, la mise en place des réseaux intégrés de santé promeut la participation de tous les acteurs concernés aux processus de gouvernance du système de santé. Cela permettrait de développer les régulations territoriales et les actions intersectorielles nécessaires à la configuration d'un espace d'action collective capable d'arriver à maturité et de se pérenniser au besoin sans que ne s'affecte l'accessibilité à des soins de qualité (Denis *et al.*, 2011 ; Massé et Morisset, 2008).

Le projet de réforme de 2003 du système de santé et de services sociaux du Québec – fondé sur la l'implantation des réseaux intégrés de santé et les principes de gouvernance intersectorielle – apparaît comme un projet de changement innovateur, capable de rendre compte des mécanismes de régulation et des pratiques stratégiques pouvant simultanément instruire et stimuler la participation cohérente des acteurs de l'administration publique, du secteur privé et de la société civile aux décisions d'intérêt collectif en matière de santé et de bien-être. Ce type de gouvernance donne lieu à un projet d'action collective qui s'organise graduellement sous forme de « réseau de traduction des savoirs », ce qui lui donne une perspective innovatrice se configurant démocratiquement dans un contexte complexe de mobilisation des savoirs (Suárez-Herrera *et al.*, 2013). Les acteurs responsables de la mise en place des initiatives fondées sur la gouvernance intersectorielle peuvent ainsi miser sur de nouveaux savoirs et des pratiques innovatrices nécessaires pour coordonner et mobiliser les différents leviers de décision conduisant à l'amélioration continue de la performance du système de santé et de services sociaux du Québec.

DEUXIÈME PARTIE

LES APPROCHES POUR ÉVALUER LA PERFORMANCE

CHAPITRE 5

Les évaluations d'impact sur la santé

Jean Simos

Les évaluations des répercussions sur la santé, apparues à la fin de la dernière décennie du XX[e] siècle, tiennent une place particulière parmi les nouveaux outils d'évaluation. Du point de vue méthodologique, elles sont très proches des évaluations sur l'environnement, mais elles révolutionnent le champ de la santé publique en proposant une voie pour mettre en œuvre la nouvelle approche de la « santé dans toutes les politiques ».

Les notions fondamentales du concept de EIS

Les fondements du concept d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) ou Health Impact Assessment (HIA) renvoient à la définition de la santé et à l'approche par les déterminants de la santé. Selon la définition adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1946).

Cette définition nous incite à prendre conscience que l'état de santé des individus et des populations est largement le résultat de l'environnement social, culturel et physique dans lequel ils vivent. Ainsi, agir pour la santé n'est pas seulement chercher à guérir ou à prévenir une maladie, c'est intervenir sur tout ce qui la « déter mine ». Or, des facteurs comme l'état de notre environnement, l'accès aux ressources nécessaires, l'exposition aux risques

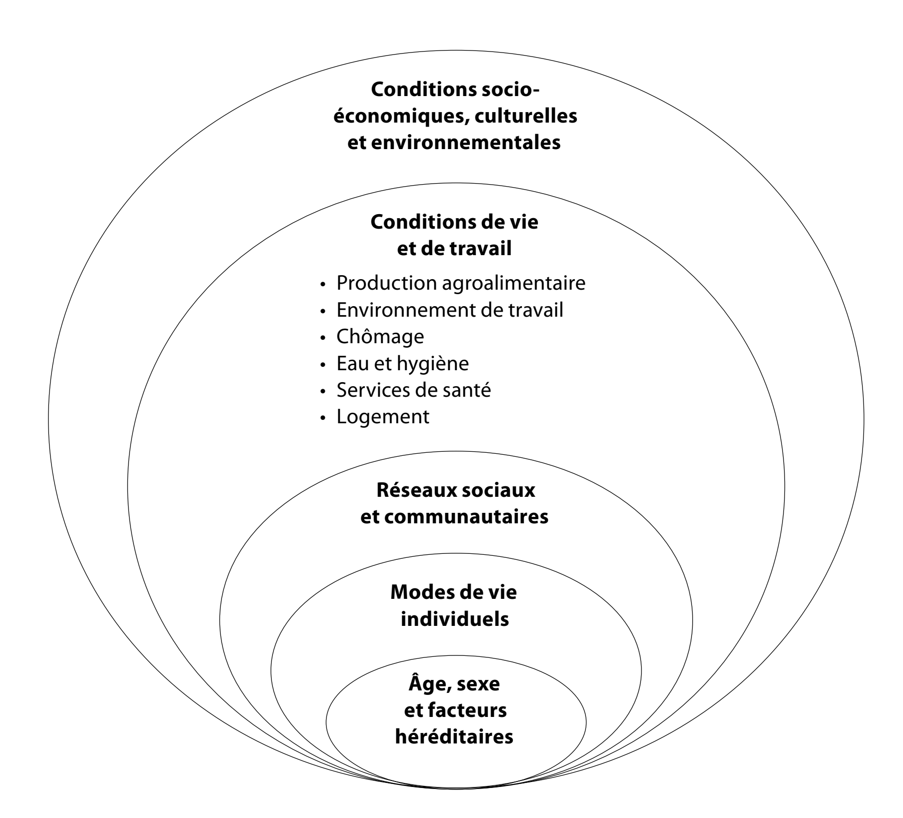


et la capacité d'y faire face, le revenu et le niveau d'éducation, le réseau social et les relations avec les amis, la famille et les voisins ont tous un effet considérable sur la santé et le bien-être. Ces facteurs constituent les déterminants de la santé.

Cette approche, définie pour la première fois dans le rapport du ministre canadien de la Santé Marc Lalonde en 1974, est représentée graphiquement de plusieurs façons, mais la plus connue reste celle qui a été présentée en 1991 par Göran Dahlgren et Margaret Whitehead (figure 5.1).

FIGURE 5.1

Les déterminants de la santé



Pourquoi l'EIS ?

En amorçant la mise en place d'une évaluation d'impact sur la santé, il s'agit de déterminer comment les actions de développement d'une société, notamment ses politiques publiques, induisent des changements, souvent non intentionnels, sur les déterminants de la santé et quelles sont les modifications potentielles de l'état sanitaire des populations qui en résultent. L'EIS fournit une base pour agir de manière proactive contre tout risque associé à des dangers pour la santé. Elle aborde aussi les pistes qui pourraient amener un projet de développement à améliorer la santé des populations.

Ces politiques publiques sont le plus souvent en dehors du secteur traditionnel de la santé, par exemple, l'énergie, les transports, l'aménagement, le secteur industriel, etc. Ces secteurs, qui engagent parfois des ressources considérables, surclassent le secteur sanitaire dans les possibilités d'influencer, positivement ou négativement, la santé. Si l'on ne tient pas compte de ces effets potentiels, on court le risque de passer à côté de « coûts cachés » des politiques publiques et actions de développement, qui seront assumés par la collectivité sous forme d'une augmentation des coûts occasionnés par certaines pathologies et d'une réduction du bien-être. Du point de vue de l'équité, ce sont souvent les groupes désavantagés qui subissent les conséquences des effets négatifs sur la santé.

La définition, le but et les valeurs

L'EIS est définie comme « une combinaison de procédures, méthodes et outils par laquelle une politique, un programme ou un projet peuvent être jugés selon leurs effets potentiels sur la santé de la population (directs ou indirects, positifs ou négatifs) et la distribution de ces effets au sein de cette population ». Il ne s'agit pas d'effectuer simplement une évaluation, mais aussi d'émettre des recommandations en vue de la prise de décision.

L'EIS offre un cadre méthodologique pour incorporer des objectifs de santé dans le processus de développement et de planification. On peut dire d'elle que c'est une estimation des effets d'une action spécifique sur la santé d'une population déterminée. Il s'agit surtout de clarifier les conséquences sur la santé en désagrégeant et en analysant les interactions entre les actions publiques et les déterminants de la santé. L'EIS détermine

les cheminements les plus pertinents qui vont constituer le modèle logique en examinant comment certains déterminants de la santé peuvent être influencés par une décision portant sur une politique, un programme ou un projet. Ces cheminements peuvent être directs (par exemple, nombre de personnes supplémentaires qui vont souffrir de troubles respiratoires en cas de pic de pollution de l'air) ou indirects (densité du trafic qui empêche le recours à la marche ou au vélo et qui augmente ainsi la sédentarité).

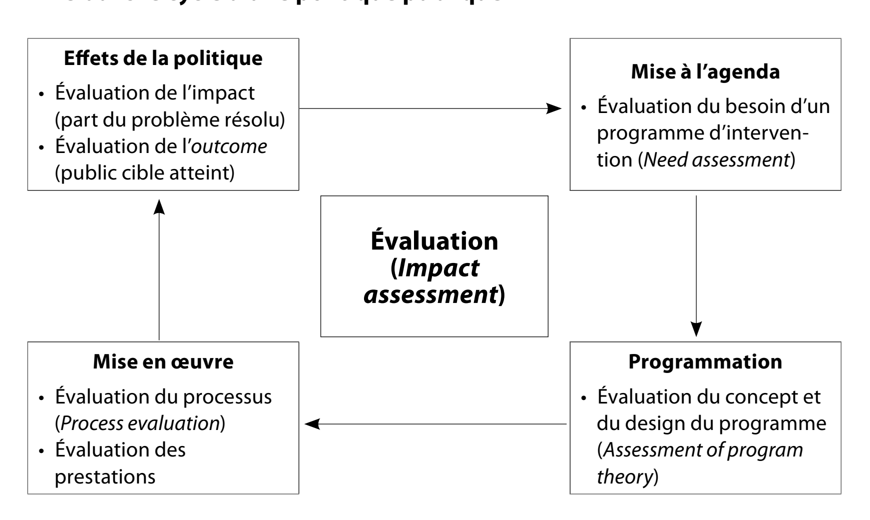
L'EIS est un processus flexible et créatif qui utilise différents outils provenant des disciplines médicales (épidémiologie), sociales, économiques et environnementales, dans une perspective interdisciplinaire et multisectorielle.

Les buts de l'EIS sont de déterminer les effets potentiels, négatifs et positifs, d'une décision (politique, programme ou projet) et d'améliorer la qualité des décisions politiques par des recommandations visant à accroître les effets positifs et à minimiser les effets négatifs afin d'introduire dans le processus de décision la protection et de la promotion de la santé (Kemm, 2013).

Dans le processus d'évaluation des politiques publiques, l'EIS intervient de manière proactive à un stade précoce, avant que la programmation et la mise en œuvre ne soient décidées.

FIGURE 5.2

L'EIS dans le cycle d'une politique publique



Les recommandations doivent être techniquement fiables, socialement acceptables et économiquement faisables.

L'EIS sert principalement d'outil d'aide à la décision (surtout des « décisions à externalités sanitaires ») : elle donne la possibilité de minimiser les effets négatifs et de renforcer les effets positifs sur la santé avant que le processus décisionnel ne soit terminé. Elle sert aussi à bien informer les décideurs et les planificateurs, à améliorer la transparence du processus décisionnel vis-à-vis du public et à lutter contre les inégalités en matière de santé. Elle peut aussi remplir d'autres fonctions utiles à la santé : définir les effets du projet de décision sur les inégalités, attirer l'attention sur l'état sanitaire des groupes vulnérables, renforcer l'action intersectorielle pour la santé, traiter les répercussions des effets sanitaires attendus sur le développement durable, réduire la charge sur les services de santé et inciter les services hors du champ sanitaire à tenir compte des effets de leurs actions sur les déterminants de la santé.

Le « document de consensus de Göteborg », qui a établi les fondements méthodologiques de l'EIS, indique également quelques valeurs essentielles qui devraient guider toute EIS. La *démocratie*. Mettre l'accent sur le droit des gens à participer à la formulation et à la prise de décisions qui vont toucher leurs vies, aussi bien directement que par les gestes de leurs élus. L'EIS doit donc impliquer le public, et informer et influencer les décideurs. En outre, une distinction doit être faite entre les conséquences des risques pris volontairement et celles de ceux qui ont été exposés à des risques sans l'avoir voulu. *L'équité*. Renforcer la volonté de réduire les inégalités qui résultent de différences évitables dans les déterminants de la santé et de l'état sanitaire parmi et entre divers groupes de la population. L'EIS doit donc tenir compte de la distribution des répercussions sur la santé, en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables. Le *développement durable*. Accepter que le développement satisfasse les besoins de la génération actuelle sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire les leurs. L'EIS doit donc tenir compte des effets à court terme comme des répercussions à long terme. La bonne santé est indispensable à la résilience des communautés, laquelle permet leur développement à long terme. *L'utilisation éthique des données probantes* (*evidence base*). Utiliser des processus transparents et rigoureux pour interpréter et synthétiser les données probantes, utiliser les données disponibles les plus fiables provenant de disciplines et de méthodologies différentes,

apprécier toutes les données probantes et formuler les recommandations de manière impartiale. L'EIS doit donc utiliser les meilleures données probantes pour porter un jugement sur les répercussions et formuler les recommandations ; elle ne doit pas servir à soutenir ou à refuser un projet de décision, elle doit rester impartiale.

Le processus de l'EIS

L'approche qui s'est imposée comme la référence universelle est celle en six étapes (parfois simplifiée en cinq ou en trois) préconisée par le document de consensus de Göteborg. La première étape est celle de la sélection (*screening*), dépistage ou tri préliminaire. C'est une opération qui permet, grâce à divers critères, de définir si une politique, un programme ou un projet doit faire l'objet d'une EIS. Elle revient à examiner les liens qui peuvent exister entre les objets sélectionnés et la santé. Elle permet aussi de vérifier les aspects de la santé qui pourraient être touchés par une mesure donnée. La deuxième étape correspond au cadrage et à l'analyse sommaire (*scoping*) ou délimitation et définition de l'étude. Elle détermine la portée et établit les attributions de l'EIS (type d'évaluation à réaliser, comment et pourquoi). Elle permet ainsi d'établir les frontières de l'EIS, de reconnaître la façon dont l'évaluation devra être menée, d'attribuer des responsabilités et de convenir de la manière de surveiller et d'évaluer le processus de l'EIS et ses résultats (*outcomes*) sur la santé. La troisième étape est l'évaluation proprement dite (*appraisal*), qui analyse le potentiel de l'objet évalué à affecter positivement ou négativement la santé. Elle consiste à apprécier les effets potentiels des objets sur la santé de la population et leur répartition. La quatrième étape est le temps du rapport, qui expose les résultats de l'évaluation et rassemble les données probantes et la prise de décisions, qui devrait minimiser les effets négatifs et maximiser les effets positifs sur la santé.

Le suivi de la mise en œuvre (*monitoring*) des changements proposés et la post-évaluation correspondent à la cinquième étape. Cela consiste à vérifier les résultats de la mise en œuvre des recommandations formulées, et à évaluer *a posteriori* le processus réel de l'EIS. Enfin, la sixième étape, celle du cadrage, est cruciale. C'est en principe lors de cette étape que seront établies les techniques d'évaluation à utiliser par la suite, par exemple, la collecte et l'analyse de données, les interviews de personnes

clés, la conduite d'entretiens en groupes de discussion et autres approches participatives, les mesures directes menées dans les divers domaines, l'analyse cartographique, ainsi que la revue de la littérature scientifique et « grise » pour en extraire les données pertinentes.

Les autres éléments de typologie

Pour savoir quel type (soit quelle ampleur en matière de temps, de ressources, etc.) d'EIS sera réalisé, il faut notamment tenir compte des facteurs que sont les ressources humaines et financières, le temps à disposition, les données et informations disponibles ainsi que les compétences disponibles. Les types d'évaluation qui en découlent sont décrits dans le tableau 5.1.

Malgré l'existence de ces multiples éléments de typologie, une grande confusion persiste chez de nombreux professionnels quant à ce qui est une véritable évaluation d'impact sur la santé. Afin d'aider à clarifier la situation,

TABLEAU 5.1
Les types d'évaluation en matière d'EIS

	EIS rapide	**EIS complète**
Définition	• L'EIS rapide se caractérise par l'utilisation d'informations ou données probantes déjà existantes. Elle permet d'avoir un aperçu des effets sur la santé et de pouvoir juger de l'orientation à donner à une proposition.	• L'EIS complète implique la collecte de données nouvelles. Cela peut p. ex. se traduire par une enquête auprès des publics cibles, un examen approfondi de la littérature ou encore une étude primaire des effets sur la santé d'une proposition similaire exécutée ailleurs.
Acteurs	• Un analyste et éventuellement des experts externes	• Un groupe de pilotage • Un coordinateur • Des analystes • …
Données	• Littérature existante • Pas de production de nouvelles données	• Littérature existante • Production de nouvelles données (enquêtes, processus participatifs, etc.)
Durée	• Quelques jours – quelques semaines	• Quelques mois – plus d'une année
Coûts estimatifs	• 0 – 20 000 €	• 20 000 € – 100 000 €

voici les principaux critères : l'EIS est menée en vue de contribuer à un processus de prise de décision et elle est communiquée avant que la décision ne soit prise ; elle suit le processus systématique qui inclut les différentes étapes définies pour une EIS : elle définit la portée des effets sur la santé par une prise en compte systématique de tous les facteurs associés au projet de décision évalué et qui peuvent potentiellement toucher la santé. Elle focalise l'analyse aux effets qui sont estimés comme les plus importants pour la santé ; elle décrit avec un minimum d'informations l'état de santé des populations que le projet de décision touchera ; elle caractérise les effets sur la santé selon leur nature, leur sens, leur intensité, leur distribution, leur durée et les probabilités d'apparition ; elle utilise les meilleures données probantes (*evidence base*) pour analyser les effets sur la santé et leur distribution ; elle sollicite et réagit aux intrants (*inputs*) fournis par les parties prenantes (*stakeholders*) tout au long des différentes étapes du processus –, et cela de manière transparente ; elle recommande, dans le contexte du projet de décision, des actions à entreprendre pour promouvoir la santé et réduire les inégalités de santé.

L'exemple franco-suisse d'application de l'EIS

Ces dernières décennies, l'agglomération genevoise a connu une croissance économique et démographique importante. Son aire d'influence ne cesse de s'étendre, au même titre que les interactions avec ses voisins vaudois et français.

Cette croissance offre de nombreux aspects positifs, comme un renforcement de l'image internationale de la ville ou une forte densité de cette dernière. Cependant, ce développement provoque également un certain nombre d'effets négatifs. Le caractère fort attractif de la ville sur le plan des emplois et des infrastructures a conduit à une importante crise du logement. Cette pénurie et la hausse des loyers poussent une part de plus en plus importante de la population à aller s'installer en périphérie, dans le canton de Vaud et surtout en France, ce qui provoque un étalement urbain, donc une hausse de la mobilité pendulaire et du trafic automobile.

Concernant ces différents enjeux, le Comité régional franco-genevois (CRFG), un organe regroupant des décideurs politiques suisses et français, a travaillé à élaborer un schéma stratégique de développement de l'agglomération transfrontalière, connu comme le Projet d'agglomération

franco-valdo-genevois (PAFVG). Il concerne 204 communes françaises et suisses, deux départements français, deux cantons suisses et environ 800 000 habitants. Toutes les informations relatives sont toujours accessibles sur le site du projet d'agglomération PAFVG.

L'EIS de ce projet, réalisée en 2007 par une équipe de la direction générale de la santé genevoise transférée depuis à l'Université de Genève s'est insérée dans le processus et la trame générale du PAFVG. On a examiné deux scénarios de développement de l'agglomération pour deux termes de planification différents (2020 et 2030) : d'une part, le scénario « laisser faire », qui correspond à la continuation dans l'avenir des tendances actuelles, et d'autre part, le scénario de la mise en œuvre du projet d'agglomération, empreint d'une volonté de maîtriser l'étalement urbain et d'infléchir l'évolution vers un développement durable de l'agglomération, qui serait compacte, multipolaire et « verte », et qui pourrait accueillir 200 000 habitants et 100 000 emplois de plus.

L'étape du cadrage a permis de dégager cinq thématiques à analyser de manière détaillée, soit santé et mobilité, mixité fonctionnelle, espaces publics extérieurs, sécurité routière et pollution de l'air et du bruit.

On a fondé la troisième phase, celle de l'évaluation proprement dite, sur des approches aussi bien quantitatives que qualitatives. On a utilisé les premières dans les thématiques où la relation de cause à effet était pertinente et où des données quantitatives étaient disponibles, soit santé et mobilité (activité physique), sécurité routière, pollution de l'air et du bruit, et mixité fonctionnelle. Les trois premières permettent une évaluation économique comparative, puisque l'on peut monétariser leurs effets, la dernière est quantifiée selon un indicateur agrégé et le type de position urbaine. Les espaces publics ouverts ne peuvent faire l'objet que d'une évaluation purement qualitative.

On a présenté les résultats obtenus sous forme de tableaux comparatifs des deux scénarios aux deux échéances et selon les cinq thématiques, comme dans le tableau 5.2.

De manière synthétique et en ne se fondant que sur les thématiques dont on a pu exprimer les effets en coûts sanitaires, l'EIS a conclu qu'il était possible d'affirmer que la mise en œuvre du PAFVG, à l'inverse du scénario « laisser faire », permettrait d'effectuer une économie en coûts sanitaires de l'ordre d'au moins 55 millions d'euros par an à l'horizon de 2020 et d'au moins 100 millions d'euros par an à l'horizon de 2030.

TABLEAU 5.2

Un exemple de résultats synoptiques

Valeur examinée	2020 – LF Impacts	2020 – PA Impacts	Différentiel LF - PA	Remarques
Mobilité et santé	Coûts directs engendrés (mio de CHF/an) : 12.16	Coûts directs évités (mio de CHF/an) : 11.99	24.15 mio de CHF/an	Tendance à une diminution des coûts sanitaires avec le PAFVG
Mixité fonctionnelle	• cœur agglo : 0.86 • zone urbaine centrale : 0.58 • villages : 0.17	• cœur agglo : 0.82 • zone urb. centrale : 0.56 • villages : 0.18	-	• Réduction spécialisation pour cœur agglomération • Bon mélange E/H pour zone urbaine centrale
Sécurité routière	Coûts totaux estimés (mio de CHF/an) : 292.97	Coûts totaux estimés (mio de CHF/an) : 239.06	53.91 mio de CHF/an	Tendance à une diminution des coûts sanitaires des accidents avec le PAFVG
Pollution de l'air et bruit	• Air - coûts estimés (mio de CHF/an) : 105.67 • bruit - coûts estimés (mio de CHF/an) : 7.16	• Air - coûts estimés (mio de CHF/an) : 92.09 • bruit – coûts estimés (mio de CHF/an) : 6.24	• air (PM10) : 13.58 mio de CHF/an • bruit : 0.92 mio de CHF/an	Avec le PAFVG, tendance à une diminution des coûts sanitaires par rapport au scénario « Laisser-faire »

L'évolution et le contexte international

On retrouve les prémisses de l'EIS dans les projets de développement du début des années 1990, d'inspiration directe à partir des études des effets sur l'environnement, déjà introduites dans ces projets une ou deux décennies plus tôt. Ainsi, le Bureau de l'environnement de la Banque du développement asiatique, en collaboration avec l'OMS, avait publié du matériel de formation aux EIS dès 1992.

L'OMS a beaucoup travaillé à la promotion de cet outil. Le programme Villes-Santé OMS de la Région européenne en a fait une des quatre principales priorités de sa phase IV. Actuellement dans sa phase V, il continue à inciter les villes participantes à développer l'EIS dans le but de renforcer les actions intersectorielles visant à promouvoir la santé et à réduire les inégalités.

Au sein de l'Union européenne (UE), des conditions favorables au développement des EIS préexistaient ou se sont développées. Déjà, l'article 152 du traité d'Amsterdam stipule qu'« un niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté ». Le protocole relatif à l'évaluation environnementale stratégique « a pour objet d'assurer un degré élevé de protection de l'environnement, y compris de la santé [...] en veillant à ce que les considérations d'environnement, y compris de santé, soient entièrement prises en compte dans l'élaboration des plans et programmes » et « en contribuant à la prise en compte des préoccupations environnementales, y compris de santé, dans l'élaboration des politiques et textes de loi ». Le projet PHASE financé par la Commission européenne a eu pour objectif principal de promouvoir l'intégration de la santé et des aspects sociaux dans les efforts de développement durable des villes qui s'y sont déjà engagées. Pour cela, on a conçu une boîte à outils EIS pour les villes européennes. Les EIS ont été incluses dans le Programme communautaire 2008-2013 en matière de santé. Par ailleurs, les pays de l'Union européenne (UE) ont signé, le 18 décembre 2007 à Rome, une déclaration dans laquelle ils demandaient aux ministres de la Santé publique de développer l'EIS.

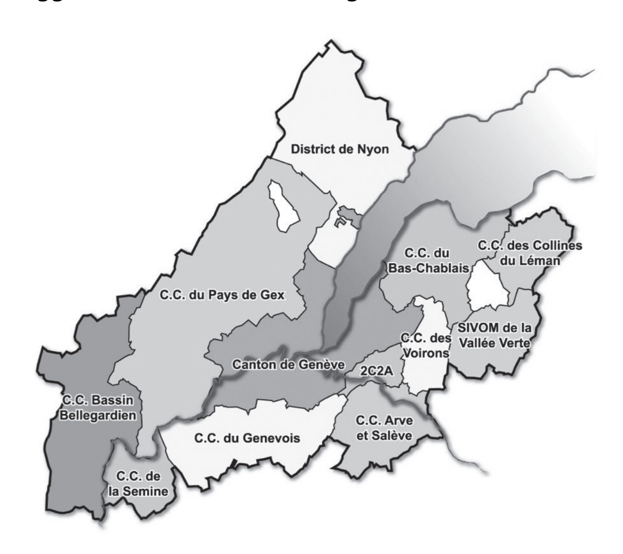
Toutefois, l'avancée la plus importante et la plus significative, à l'origine de répercussions importantes sur le fonctionnement de l'administration communautaire, mais aussi des administrations des pays-membres, est la décision de la Commission européenne d'introduire systématiquement, dès 2007, les évaluations d'impact pour ses décisions. Ces évaluations d'impact, qui, à notre avis, pourraient être qualifiées d'évaluations d'impact intégrées, remplissent la fonction des EIS dans le domaine de la santé.

En ce qui concerne les pays, dès le milieu des années 1990, les EIS ont beaucoup évolué au Royaume-Uni et la première conférence nationale EIS a eu lieu à Liverpool en 1998. Ce développement s'est produit principalement à l'échelle locale (à Londres, par exemple) et régionale (Écosse, Pays de Galles, etc.). Les Pays-Bas, au contraire, ont d'abord travaillé sur l'EIS sur le plan national, avant de transférer l'outil vers les échelons régional et local. Plusieurs pays du Nord et du Centre de l'Europe ont introduit les EIS. Dans les pays scandinaves, l'intégration dans les procédures d'impact sur l'environnement s'est faite de manière plutôt harmonieuse. La Lituanie

a créé un marché de l'EIS, ouvert aux acteurs publics et privés agréés par le ministère de la Santé. Ainsi, 189 procédures de sélection ont été effectuées et 57 EIS menées en 2005 – respectivement 360 et 114 en 2006 (communication du délégué lituanien, Marius Sticka, à la rencontre organisée par l'OMS et l'Observatoire européen de la santé à Séville en 2008).

FIGURE 5.3

Carte de l'agglomération franco-valdo-genevoise



En Suisse, c'est au début des années 2000 que les préoccupations à propos des EIS se sont manifestées. L'introduction opérationnelle et institutionnelle s'est faite dans certains cantons : Genève, Jura et Tessin, rejoints plus tard par d'autres cantons, principalement romands. L'EIS a acquis une base légale dans les cantons de Fribourg (1999) et de Genève (2006). Avec l'appui de la Fondation nationale Promotion Santé Suisse, une Plateforme suisse EIS a vu le jour en 2005. Sur le plan fédéral, les EIS, dont l'introduction combinée à l'utilisation d'un outil d'évaluation de la durabilité était envisagée par l'administration fédérale dans le cadre d'une politique de la santé, ont fait l'objet d'un article particulier dans le projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé. Toutefois, après quatre ans de travaux aux Chambres fédérales, et malgré un double vote positif – mais qui n'a pas pu atteindre la majorité qualifiée –, l'ensemble du projet de loi a dû être abandonné en septembre 2012. Néanmoins,

TABLEAU 5.3

Quelques EIS réalisées en Suisse selon le type d'évaluation

	EIS rapide	**EIS complète**
Cantons		
Tessin	• Suppression des traitements thérapeutiques du service du dentiste scolaire	• Plan des transports de la région de Mendrisio
Jura	• Zone d'activités régionale de Delémont • Projet de parc énergétique d'éoliennes	• Réhabilitation de l'habitat ancien à Porrentruy • Projet touristique : valorisation des traces de dinosaures de Courtedoux
Genève	• Promotion du vélo à assistance électrique (VAE) • Les COV dans les peintures et les vernis « Pinceau vert » • Assainissement et valorisation des déchets ménagers au Burkina Faso • Tabagisme passif dans l'administration cantonale	• Périmètre d'aménagement coordonné du futur quartier « Mon Idée-Les Communaux d'Ambilly » • Périmètre d'aménagement coordonné d'un futur quartier à Bernex-Est • Tabagisme passif dans les établissements publics • Projet d'agglomération franco-valdo-genevois
Vaud	• Interdiction de la vente d'alcool aux mineurs	• Projet d'aménagement urbain à Lausanne « Métamorphose »
Fribourg		• Locaux pour requérants d'asile
Argovie	• Système de vaccination en milieu scolaire	
Niveau national		• Agriculture de proximité (projet de l'Union suisse des paysans) • Initiative action-santé pour la réduction de la teneur en sel dans les aliments

les activités de la Plateforme suisse EIS continuent à se développer et à s'étendre. Le tableau 5.3 donne quelques exemples d'EIS, rapides et complètes, réalisées en Suisse.

Hors de l'Europe, c'est principalement dans les pays anglo-saxons que les EIS se sont développées, notamment en Nouvelle-Zélande, en Australie et au Canada. En Australie, des États comme celui de l'Australie-Méridionale, de Victoria ou de la Nouvelle-Galles du Sud les ont introduites dans leur législation. Au Canada, c'est aussi dans certaines provinces que

les premières tentatives ont été réalisées, parfois avec des avancées et des reculs, comme ce fut le cas de la Colombie-Britannique, parfois avec une belle cohérence, et du Québec. Pour ce dernier, l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* de 2002 stipule: «Le ministre de la Santé [...] donne aux ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population [...] À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un effet significatif sur la santé de la population.» Après une pratique de plusieurs années sur le plan provincial d'EIS rapides, l'outil, dans sa forme complète, commence à se mettre aussi en œuvre aux échelons régional et local. Suivant cet élan de dynamisme, il n'est pas étonnant que la Conférence internationale EIS 2012 ait été tenue à Québec.

Aux États-Unis, la mise en place s'est faite tardivement: au moment où le département de santé publique de San Francisco a créé en 2006 sa première EIS communautaire dans les quartiers à l'est de la ville. Toutefois, un foisonnement d'initiatives analogues a suivi, de sorte qu'en 2012 le pays comptait déjà plusieurs centaines d'EIS et tenait sa première Conférence nationale annuelle.

Dans les pays en voie de développement, de beaux exemples d'application réussie existent, notamment en Thaïlande ou, dans une moindre mesure, au Vietnam. Par ailleurs, et c'est sur quoi l'OMS met l'accent ces dernières années, les Banques de développement ou l'industrie d'extraction introduisent les EIS de manière opérationnelle et non institutionnalisée dans les pays concernés, par exemple, le Ghana.

L'EIS appliquée aux systèmes de santé

Dès 2004, on a mis sur pied un groupe de travail sur les EIS et les systèmes de santé. Le raisonnement qui a présidé à sa création consiste à dire que les politiques publiques peuvent avoir un effet significatif sur les systèmes de santé, les hôpitaux, les soins de santé primaires, les cliniques, le personnel soignant, l'équipement, les infrastructures, les communications, etc., ainsi que sur leurs coûts pour les contribuables, les assureurs et l'État. Par exemple, quel effet aura la libre circulation des biens et services, donc des patients qui peuvent se déplacer d'un système de santé national à un autre, sur ces derniers? De nombreuses politiques non sanitaires ont des

répercussions sur la façon dont on organise un système de santé et structure son offre.

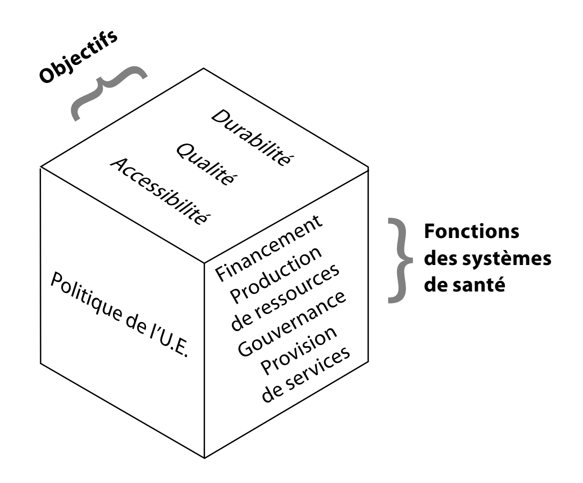
Le groupe de travail a examiné comme champs d'investigation paradigmatiques les cas types suivants, et sur lesquels il a mené des études rétroactives en 2005 et 2006 : le maniement de charges lourdes dans les systèmes de soins, l'exposition à l'amiante des travailleurs dans les hôpitaux, le temps de travail et de gestion des ressources humaines dans les hôpitaux et le Fonds social européen (FSE), le principal dispositif de la Commission européenne pour le soutien à l'emploi.

Sur la base de ces expériences, il a publié en 2007 la méthodologie qu'il propose pour les évaluations d'impact sur les systèmes de santé (EISS) sous la forme d'un outil consultable sur le Web (approche « *do it yourself* » pour les responsables de la Commission européenne) et ayant l'allure d'un cube, comme dans la figure 5.4.

Le cube a trois faces que l'on peut activer d'un simple clic. La première, les politiques de l'Union européenne, conserve de l'information au sujet de la façon dont des politiques passées ont influencé des systèmes de santé. La deuxième se présente sous la forme des paramètres d'accessibilité, de qualité et de durabilité. La troisième fait référence aux quatre fonctions d'un système de santé, à savoir le mode de financement, la génération de ressources, l'intendance, et l'offre en matière de soins et de prévention.

FIGURE 5.4

Le « Cube EISS » (*Health System Impact Assessment Cube*)



Ainsi, lorsqu'un responsable doit, par exemple, traiter un projet de décision de la Commission qui concerne les subventions des cultures de tabac, une nouvelle clause dans la législation du travail ou une nouvelle régulation de l'industrie pharmaceutique, il commence par cliquer sur la face des politiques. Il découvre (ou confirme) les liens d'une politique de ce genre avec les systèmes de santé et est orienté vers les données probantes qui seront utiles pour examiner les effets potentiels du projet de décision sur les systèmes de santé.

* * *

Pour pouvoir répondre à la question d'origine, il est possible de se référer au concept de performance (Champagne et Contadriopoulos) et d'appliquer leur méthode d'évaluation de la performance.

Ainsi, « l'approche paradoxale de la performance » des systèmes complexes, comme le promeut le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (EGIPSS), nous incite à poser notre analyse de la performance d'un système ou d'une organisation de santé selon sa capacité à remplir de façon équilibrée les quatre grandes fonctions de la théorie de l'action sociale de Parsons, soit l'adaptation, l'atteinte des buts, la production et le maintien des valeurs.

En examinant les exemples connus d'EISS, notamment ceux que le groupe de travail européen a analysés, bien que nous ne disposions pas de toutes les données souhaitées, nous pouvons penser que toutes ces fonctions sont prises en compte lors de l'évaluation posée par l'EISS.

Par ailleurs, lors de son introduction au symposium de Campo Grande, Contadriopoulos avait conclu que, pour être un levier de changement, l'évaluation de la performance doit faire partie d'une stratégie de transformation des organisations et des pratiques, être accompagnée par des mesures incitatives, des transformations structurelles, l'élaboration d'une vision et la construction de nouvelles normes sociales. Elle doit aussi permettre aux différents acteurs de débattre à partir d'une information dont la validité est explicitée, plutôt que de guider de façon « rationnelle » le choix des décideurs, provoquer des processus d'apprentissages individuels et collectifs, et être globale et intégrée.

En examinant les divers cas d'EIS que nous avons eu à traiter ou à étudier, nous pouvons sans aucun doute affirmer que toutes ces conditions sont remplies par une EIS menée selon les règles de l'art.

Dans les années à venir, l'EIS sera l'outil par excellence de la démarche centrale dans la stratégie préconisée par l'OMS, celle de la santé dans toutes les politiques.

CHAPITRE 6

La réduction des inégalités sociales de santé : une dimension de la performance

Françoise Schaetzel

Les inégalités de santé sont une préoccupation constante des ministres et des gestionnaires du système de santé français depuis de nombreuses années. Dès les années 1990[1], leur réduction apparaît comme l'un des objectifs à poursuivre dans les schémas de planification et les programmes de santé. Le terme « d'inégalités de santé » fait alors émerger de nombreux travaux, définissant notamment trois types de catégories : inégalités de santé de genre, territoriales ou sociales.

Plus récemment, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), adoptée en juillet 2009 se donne comme ambition de réformer en profondeur le système de santé français, plus particulièrement sa gouvernance avec la création des agences régionales de santé (ARS)[2]. Elle met en évidence la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) comme l'un des objectifs centraux des ARS : « La création des agences régionales de santé (ARS) est une opportunité indéniable pour agir sur les inégalités sociales de santé en confiant des responsabilités sur un large champ de

1. La première loi hospitalière instaurant les schémas d'organisation des soins date de 1991.

2. Les Agences régionales de santé sont une autorité unique regroupant les forces de l'assurance maladie et de l'État pour créer un service régional public de santé chargé de piloter et de mettre en œuvre la politique de santé.



compétences à une autorité sanitaire unique au plan régional, et en lui apportant les moyens et outils nécessaires à cette mission. »

Simultanément, on met l'accent sur la performance du système de santé qui se traduit par l'impulsion d'axes managériaux (création systématique de direction de la performance dans chaque ARS, par exemple) ou l'édiction de tableaux d'indicateurs devant permettre de mesurer la performance des systèmes de santé régionaux[3].

La réduction des ISS dans le cadre de la réforme du système de santé en France

Les ISS peuvent être définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ». Si le concept est, à l'heure actuelle, bien accepté et bien documenté, la façon de les réduire ne fait pas l'objet de consensus dans la communauté scientifique internationale, les approches tentant d'expliquer leur mode même de production ; donc de proposer des stratégies permettant de les réduire continuent à faire débat.

En 2008, le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sous la direction de M. Marmot met en avant le terme de gradient social de santé, soit « le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons » et prône une stratégie de réduction des ISS qui s'ancrent dans un triple constat. Premièrement, l'état de santé moyen de la population ne suffit pas. Deuxièmement, l'action en direction des populations les plus fragiles ne permet pas à elle seule de réduire les ISS. Troisièmement, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se constituant en amont du système de santé, dans les conditions de vie et de travail des individus, c'est sur les répercussions sur la santé de politiques s'inscrivant hors système de santé qu'il vaut mieux agir.

3. La notion de performance est peu clarifiée en France et continue de faire débat. Les indicateurs qui sont retenus ciblent essentiellement la productivité de biens et services de qualité.



Un enjeu majeur pour la France

Si l'espérance de vie, notamment chez les femmes françaises[4], est parmi les plus élevées du monde, les ISS sont parmi les plus fortes de l'Europe des Quinze si l'on compare, par exemple, les inégalités en matière de taux de décès des hommes en fonction de leur niveau d'éducation.

On peut cependant noter que la France ne fait pas partie des pays les plus inégalitaires[5] en ce qui concerne la disparité des revenus (mesurée par le coefficient de Gini[6]), ces derniers étant considérés pourtant comme la « cause des causes » des ISS par nombre de scientifiques[7].

Force est ainsi de constater qu'un bon niveau d'état de santé, objectif globalement atteint pour la moyenne en France, ne s'accompagne pas systématiquement de moins grandes inégalités de santé, ce qui témoigne de la complexité des mécanismes de production en cause (Couffinhal *et al.*, 2005).

Ces constats alimentent en France des débats d'experts sans qu'ils aient encore véritablement émergé sur la scène politique. Ils concernent les stratégies à définir pour réduire les ISS et font poindre des questions telles que la place et le rôle d'une politique sectorielle de santé en la matière, ou encore l'efficacité supposée de mesures qui parient sur un « rattrapage » de l'état de santé des plus pauvres plus rapide que l'amélioration de la santé de la population globale.

En France, les ISS restent le plus souvent abordées sous l'angle de l'accès aux soins ou de la prise en charge des personnes les plus vulnérables,

---

4. L'espérance de vie à 35 ans est de 84 ans pour les femmes en France (de 79 ans en Europe et de 76 ans au Brésil). Elle est de 77 ans pour les hommes (de 71 ans en Europe et de 69 ans au Brésil).

5. En France, le niveau d'inégalités des revenus disponibles est légèrement inférieur à la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le rapport est de 1 à 9 dans l'ensemble des pays de l'OCDE, mais de 1 à 6 dans les pays où les inégalités sont peu prononcées. Il est de 1 à 7 en France : www.oecd.org/els/social/inegalite (repéré en novembre 2010).

6. Le coefficient de Gini est une mesure du degré d'inégalité de la distribution des revenus dans une société donnée, conçue par le statisticien italien Corrado Gini. C'est un nombre variant de 0 à 1, où 0 signifie l'égalité parfaite (tout le monde a le même revenu) et 1 signifie l'inégalité totale (une personne a tout le revenu, les autres n'ont rien, cas extrême du maître et de ses esclaves).

7. A. Couffinhal (OMS) *et al.* « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé », Bulletin d'information en économie de la santé questions d'économie de la santé nº 92, IRDES, février 2005.

laissant de côté les autres déterminants sociaux de la santé. Par ailleurs, la mise en œuvre des objectifs de réduction des inégalités de santé dans un cadre intersectoriel, lorsqu'ils existent, se heurte aux difficultés d'élaboration des politiques interministérielles à l'échelle nationale ou aux difficultés dans les relations entre État et collectivités territoriales à l'échelle locale.

C'est ainsi le cas de politiques intersectorielles relevant de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine ou de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Ces lois comprennent plusieurs aspects majeurs (logement, formation, emploi et santé), mais ciblent majoritairement des populations en difficulté. La politique de la ville s'adresse ainsi d'abord aux quartiers classés en zone urbaine sensible, la loi contre les exclusions vise les personnes sans emploi, les jeunes en difficulté d'insertion et les détenus, par exemple. En matière de santé, elles se sont dotées de différents processus (ateliers santé ville, plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins, permanence d'accès aux soins de santé (PASS) en ce qui concerne les soins hospitaliers) qui se sont souvent amenuisés aux populations les plus en difficulté (personnes sans domicile fixe, étrangers malades, etc.). Ces différentes démarches sont par ailleurs pilotées en régions par les ARS et laissent peu de place aux autres acteurs, particulièrement les élus locaux.

La réforme du système de santé adoptée récemment repose sur deux lois majeures : la loi de santé publique de 2004 et la loi HPST de 2009. La première donne à l'État central la responsabilité de la santé et s'est dotée de cinq priorités nationales transversales dont l'une porte sur la santé des plus pauvres en ciblant l'accès aux soins et les modes de comportement. La loi de 2009 cherche à mieux articuler les aspects de prévention, de soins et de réadaptation par les ARS, instance de régulation des systèmes de soins sur le plan régional. Les aspects d'intersectorialité sont pris en compte par la mise en place de commissions de coordination, ouvertes aux élus, mais pilotées par les ARS d'une part, par la création d'outils comme les contrats locaux de santé appelés à être signés entre ARS et collectivités territoriales et devant permettre d'articuler santé et politiques sectorielles locales, d'autre part.

Cependant, la mise en œuvre de la réforme, déclenchée par les contraintes budgétaires et la mise en place simultanée de la Révision

générale des politiques publiques (RGPP)[8] doit faire face à des difficultés de plusieurs ordres.

Par exemple, un affaiblissement de l'accès aux soins devient plus problématique pour certaines catégories de population, étant donné le reste à charge qui tend à augmenter et des conceptions idéologiques. Les plus symboliques de ces dernières seraient les freins apportés à l'accès aux soins des étrangers (accès à l'aide médicale d'État), une recentralisation déguisée de la gouvernance régionale en santé par la création des ARS (contradictoire avec une volonté affichée de décentralisation), et une moindre prise en compte des politiques de promotion de la santé et de prévention. Les politiques de promotion de la santé et de prévention restent les parents pauvres, car elles sont victimes notamment des contraintes budgétaires et de la logique dominante de certaines directions d'ARS, ainsi qu'une distanciation sur les plans local et national entre politique sectorielle de santé et autres politiques publiques.

La loi de santé publique de 2004 a pu ainsi entraîner une certaine méfiance des collectivités territoriales peu désireuses d'être sous la gouverne de la santé, donc de l'État central. Ce relatif isolement de la santé est également perceptible dans la scission entre cohésion sociale et santé dans le cadre de la RGPP. En témoigne également le manque d'impulsion forte par l'échelon central des contrats locaux de santé, que ce soit sur le plan de l'ingénierie ou en matière financière.

Consciente de l'absence de stratégie globale de réduction des ISS, et en présence d'une demande croissante de plus de justice sociale dans l'opinion publique, déjà perceptible lors de la réforme des retraites[9] et qui constituera un des enjeux importants de la campagne présidentielle à venir, la ministre de la Santé affiche en 2010 sa volonté de faire de la réduction des ISS un axe structurant de la loi de santé publique de 2004, appelée à être renouvelée[10]. Cependant, la loi de modernisation de notre

8. La RGPP, lancée en 2007, consiste à passer en revue l'ensemble des politiques publiques pour déterminer les actions de modernisation et d'économies qui peuvent être réalisées. En 2011, la mission d'information du Sénat appelle à en « corriger les effets indésirables » en prenant mieux en compte « le besoin de proximité ».

9. La réforme des retraites, adoptée en 2010 à affront s'est accompagnée d'une mobilisation sociale importante. Les débats ont notamment porté sur les questions de pénibilité au travail et d'espérance de vie différenciée.

10. C'est la raison de la commande, par la ministre de la santé, des rapports susnommés de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS).

système de santé de 2016[11] ne modifiera pas la logique dominante, même si elle facilite l'accès aux soins grâce à un tiers payant élargi.

Devant ces différents éléments, est-il légitime de s'interroger sur la performance du système de santé en ce qui concerne la réduction des ISS, et ce, d'autant plus que son rôle en la matière apparaît comme marginal ?

La performance du système de santé et la réduction des ISS

Se poser la question d'une amélioration de la performance du système de santé dans sa contribution à la réduction des ISS conduit dans un premier temps à choisir sur quoi doit porter l'évaluation, donc à préciser les leviers d'action détenus par la santé afin de lui permettre de poursuivre cet objectif.

Pour ce faire, en tenant compte du contexte français actuel, dans lequel l'affichage de cet objectif ne s'accompagne pas de l'adoption d'une stratégie et de modalités opérationnelles précises, il est proposé de s'appuyer sur le recensement des expériences tentées depuis une dizaine d'années par un certain nombre de pays[12] ainsi que sur les initiatives locales françaises nombreuses bien que souvent peu valorisées et peu connues afin d'adopter un « référentiel d'actions ». Ce dernier doit permettre de « reconstruire » les hypothèses à partir desquelles se sont développées les interventions.

Le travail effectué par l'IGAS a fait ainsi émerger un socle commun comprenant quatre axes principaux : garantir une protection sociale solide permettant un accès aux soins réels et tenant compte du gradient social, c'est-à-dire cherchant à éviter les effets de seuil, et renforcer une ligne de soins de premier plan offrant une gamme complète et diversifiée de services accessibles à l'ensemble de la population.

La limitation des interventions de santé qui augmentent les inégalités doit être particulièrement prise en compte : maintenir voire renforcer les mesures intersectorielles en direction des plus défavorisés, prendre en compte la santé dans des politiques ne s'inscrivant pas dans son champ. En plus de la politique de revenus, les politiques de l'enfance et de la jeunesse d'une part, ainsi que les politiques d'emplois de l'autre sont souvent

11. Loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

12. Sont souvent cités le Danemark, le Royaume-Uni, la Finlande, la Norvège, l'État du sud de l'Australie.

jugées prioritaires. Des interventions intersectorielles et des outils comme l'évaluation d'impact sur la santé tenant compte du gradient social sont considérés comme parmi les plus adaptés.

C'est à l'aune de ce cadre que peuvent alors être regardés les discours, les pratiques et les directives nationales et locales qui sont impartis au système de santé et plus particulièrement à leur système de gouvernance régional par les ARS, afin de pouvoir construire, à terme, le dispositif permettant de juger de la performance du système concernant son action sur la réduction des ISS. Cette analyse apparaît cependant subordonnée à un certain nombre de conditions.

Le malentendu entre « soins en faveur des plus pauvres » et « réduction des ISS »

La réduction des ISS s'inscrivant dans un système d'action bien plus large que le système de santé, il s'agit en effet d'aider les acteurs du système à clarifier les objectifs qu'ils peuvent poursuivre et à lever l'ambiguïté entretenue par la confusion entre réduction des ISS d'une part, promotion des soins (y compris de prévention) en faveur des pauvres de l'autre. Le malentendu reste en effet très fort au sein même des acteurs du système de santé comme a pu le constater l'IGAS lors de ses travaux.

Cette confusion, entretenue aux différents échelons du ministère de la Santé apparaît en effet comme non dépourvue d'un certain nombre de risques, le premier étant de rendre responsable le système de santé et particulièrement l'ARS de résultats qui ne peuvent lui être imputés. Si garantir un accès aux soins de qualité et développer des mesures adaptées de prévention[13] sont des missions relevant des compétences propres des ARS, il n'en est pas de même des mesures intersectorielles qui dépendent également d'autres acteurs sans cependant dédouaner totalement l'ARS d'une action possible.

La performance de l'ARS dans sa contribution à la réduction des ISS devrait ainsi d'abord porter sur sa capacité à prendre soin des pauvres,

---

13. En France, contrairement au Québec, par exemple, où l'on parle de pratiques cliniques préventives, la prévention, c.-à-d. la lutte contre les facteurs de risques faisant surtout appel à des modifications individuelles de comportement par l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient, n'est pas classée systématiquement dans le système de soins.



notamment à supprimer les interventions qui renforcent les inégalités. Plusieurs études internationales ont montré en effet que des programmes organisés de dépistage non ciblés ou des campagnes de communication de masse en éducation pour la santé[14] favorisent les populations situées en haut de l'échelle sociale et peuvent avoir des effets négatifs sur les catégories sociales les moins favorisées. D'autres publications examinent l'effet des mesures de recherche d'une meilleure productivité (que ce soit la T2A en matière de financement ou la diminution des durées de séjour après un accouchement) sur la santé des plus fragiles. Cet aspect de l'action de l'ARS peut être approché en utilisant des modèles classiques de mesure de la performance des systèmes de santé.

Mais l'ARS a également un rôle à jouer en relation avec d'autres politiques publiques. Ce volet est souvent omis et pose plus de difficultés. Or, ne pas en faire état risque – en mettant le zoom sur des facteurs de risque liés à des comportements individuels, cibles principales des actions de prévention et d'éducation pour la santé telles que les problèmes de dépendance – de mettre en avant ce qui est apparemment de l'ordre exclusif d'une responsabilité individuelle au détriment de ce qui relève d'autres déterminants sociaux, donc également d'une responsabilité collective.

Cibler la performance de l'ARS

Les déterminants sociaux de la santé s'inscrivant majoritairement dans des politiques autres que de santé, la lutte contre la réduction des ISS pose en effet aux ARS la question de leur capacité à arrimer à l'échelle régionale et locale une mission d'intervention intersectorielle. Celle-ci porte essentiellement sur la prise en compte de la santé dans d'autres politiques tout en y introduisant de façon concomitante une préoccupation de gradient social. Pour illustration, le développement des pistes cyclables et de transports alternatifs à la voiture est un choix fait par de nombreuses villes, lié à des préoccupations de fluidité de la circulation ainsi que de développement urbain durable. Cette politique de transport a un effet positif sur la santé, mais n'aura probablement pas de conséquence sur les ISS si ces flux de

14. Une évaluation effectuée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en 2008 des campagnes de communication menées dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) a montré que les publics les plus concernés par le problème étaient aussi ceux qui étaient le moins touchés par ces campagnes.



déplacement ne concernent que les centres-villes alors que les habitants des périphéries sont souvent moins favorisés. L'ARS, acteur clé régional en santé publique, peut avoir un rôle à jouer en influençant de telles politiques locales.

Cette capacité à établir des ponts avec les partenaires intersectoriels est cependant rarement envisagée comme une dimension de la performance des ARS. Elle présuppose de déterminer des missions qui, sans être reconnues et valorisées à l'heure actuelle, sont cependant développées d'ores et déjà par certaines ARS.

Ainsi, la mise au programme d'une stratégie de réduction des ISS nécessite de mobiliser le débat public y compris sur le plan local. S'il ne peut s'agir pour l'ARS d'en être le seul organisateur en présence des collectivités territoriales bénéficiant de ce point de vue d'une légitimité plus importante aux yeux de la population, elle détient cependant un certain nombre de leviers pour l'amorcer ou le faciliter en formant plusieurs types de processus. Ainsi, l'ingénierie de débat et les méthodes d'animation sont des compétences conçues dans le cadre de la gouvernance du système de santé. Elles peuvent utilement être mises au service d'instruments de démocratie locale qui existent hors de son champ tels les conseils de quartier des collectivités locales. D'autres processus peuvent demander de développer de nouvelles compétences : il peut s'agir ainsi de savoir construire un plaidoyer faisant appel à une technicité qui se développe sur le plan international, permettant de construire une argumentation et de trouver les bons relais pour se faire entendre.

Construire un diagnostic local au plus près des acteurs est une activité développée de façon classique lors de l'élaboration de schémas d'organisation des soins. Dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, les principaux déterminants de la santé devraient y figurer en tant qu'éléments centraux. L'ARS détient de nombreuses données de santé qui peuvent être mises à disposition et partagées au sein de plateformes d'observation plus larges, permettant de mettre en regard des critères socioéconomiques et des données de santé en les rendant disponibles sur les territoires les plus fins possible, faciles d'accès et d'utilisation pour les élus, les concepteurs d'action et la population[15].

---

15. En moyenne, une cinquantaine de structures d'observation ont été établies par région dans un travail réalisé par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) *État des lieux de l'observation en santé et de ses déterminants*, mai 2010. Ces structures restent trop souvent cloisonnées.

L'ARS pourrait également avoir une influence certaine pour mieux faire prendre en compte l'effet potentiel sur la santé des politiques développées localement. Des études d'impact institutionnelles ont certes déjà été mises en place[16] lors de projets industriels et d'aménagement. Outre que celles-ci ciblent d'abord des évaluations de risques, un outil élargi d'évaluation d'impact santé[17] tel qu'il se développe à l'heure actuelle dans de nombreux pays pourrait être proposé à des projets territoriaux. Dans une perspective de réduction des ISS, cet effet santé devrait systématiquement être différencié selon les groupes sociaux.

La France peut s'appuyer sur un réseau diversifié de collectivités locales dotées de compétences propres et qui s'impliquent de plus en plus dans les questions de santé, prioritairement sur les biens et services à la population, mais de plus en plus également sur les questions de promotion de la santé. Le développement de partenariats s'appuyant sur des outils de contractualisation, tels les contrats locaux de santé, demande cependant des capacités qu'il s'agit, pour l'ARS, de faire fructifier. Savoir intervenir localement, pouvoir intégrer dans la durée et la continuité des priorités locales, parvenir à mettre au point un leadership collaboratif ou savoir se connecter à d'autres réseaux en font partie.

La performance de l'ARS dans sa contribution à la réduction des ISS amène ainsi à considérer sa capacité d'influer pour créer de nouvelles coalitions d'acteurs, ceux mobilisés sur le logement, l'urbanisme, les conditions de travail, la formation, l'éducation, etc. Cela suppose de faire émerger de nouvelles pratiques et d'établir de nouveaux types de configuration.

Or, ces aspects sont peu pris en compte par les évaluations actuelles de performance et amènent à s'interroger sur la nature de la performance à envisager.

16. La loi HPST, à l'article 26, précise que l'ARS « fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration de plans et programmes et de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine ». Ces études ciblent d'abord une évaluation des risques.

17. L'OMS définit ainsi l'évaluation d'impact sur la santé : « Une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population. »

La performance qui tient compte de la recherche d'équilibre

La visualisation de ces activités et processus met en exergue le fait que la lutte contre les ISS concentre les contradictions du système de pilotage régional de l'ARS, contradictions existant d'ores et déjà de façon plus diffuse.

Ces situations de tension s'expriment en premier lieu sur les questions de gouvernance. L'ARS est en effet en position de pilote, quasi seul maître à bord[18] en ce qui concerne la politique régionale de soins. Son intervention intersectorielle la met en présence d'autres décideurs, particulièrement les élus locaux ainsi que d'autres acteurs de l'État (ministère du Travail, éducation nationale, ministère du Logement et de l'Habitat durable, assurance maladie) ce qui peut lui demander d'adopter une posture plus modeste. Ce sont des fonctions comme celles de plaidoyer, de facilitateur, de mise à disposition d'une expertise et de médiation qui doivent en effet être préférées. Il s'agit bien d'adopter une logique coopérative, alors que la posture dominante dans l'exercice de ses missions de politique de soins est celle de l'autorité et du contrôle.

Un autre type de contradiction porte sur les dynamiques centrifuges de centralisation et de décentralisation. L'action intersectorielle invite ainsi à accepter des priorités locales alors que l'État central demande de mettre en œuvre régionalement des priorités sectorielles nationales. Certaines décisions ministérielles peuvent alors éloigner l'ARS de l'action intersectorielle : c'est ainsi le cas des nombreux plans thématiques nationaux de santé, que cette dernière est appelée à décliner en « prêt-à-porter » sur les différents territoires, pouvant la mettre en contradiction avec la nécessaire adaptation aux conditions environnementales locales et aux exigences d'un partenariat de proximité.

Les écarts touchent également aux modes d'exercices différents, demandés d'une part par le pilotage d'un système de santé et d'autre part par un travail partenarial transversal à l'ensemble des politiques. Les schémas de planification et processus de programmation s'inscrivent d'abord dans une conception administrative régionale, soutenue et encadrée par le ministère de la Santé, alors que le travail coopératif intersectoriel

18. En France, le système est copiloté d'une part par l'État auquel sont rattachées les ARS en ce qui concerne le système hospitalier, d'autre part par l'assurance maladie qui garde un rôle puissant en ce qui a trait aux soins ambulatoires.



demande des interventions localisées, différenciées, requérant du sur-mesure. La temporalité n'est pas non plus identique. Alors que les projets émargeant aux politiques locales nécessitent des interventions continues et dans la durée, le mode d'intervention de l'ARS s'exerce de façon dominante dans des interventions à durée limitée. C'est notamment le cas des projets de promotion de la santé et de prévention. Même un schéma d'organisation des soins, s'il demande un travail intense de conception, exige une présence bien plus souple une fois qu'il a été négocié et accepté par les professionnels de santé.

L'étude de la performance de l'ARS sur sa contribution à la réduction des ISS peut également concerner sa gestion des ressources humaines. Dans le cadre du système de soins, ce sont surtout les experts qui sont recherchés et socialement valorisés : expertise concernant l'économie, la gestion, le droit et, bien sûr, les sciences médicales. Or, l'intervention intersectorielle demande des compétences en matière de coordination et d'ingénierie, fonctions souvent moins valorisées au sein des ARS et pouvant faire appel à une technicité insuffisamment maîtrisée ou un objet d'une moindre préoccupation.

Par ailleurs, les expertises présentes au sein des ARS s'appuient principalement sur le respect de différentes normes alors que les initiatives intersectorielles font préférentiellement appel à de l'expérimentation sociale, exigeant alors des possibilités de création et d'innovation. On comprend d'ailleurs bien l'intérêt que peuvent y trouver un certain nombre d'agents qui cherchent à s'écarter de l'univers normé dans lequel ils sont de plus en plus plongés et sont tentés d'ouvrir des espaces d'innovation.

L'intervention intersectorielle de l'ARS fait alors appel à sa capacité à maintenir un équilibre dynamique entre ces différentes tensions, pour arriver à construire un projet qui fasse sens pour l'ensemble de ses partenaires ainsi que pour ses agents. Il s'agit de savoir maintenir une stabilité parmi différentes missions, nombreuses, quelquefois opposées, voire difficilement conciliables.

Une évaluation de la performance du système de santé dans sa contribution à la réduction des ISS remet en question ainsi fortement la vision d'une performance vue dans sa dimension de productivité et de qualité des services et des prestations qui s'avère trop limitée pour être capable de rendre compte de la multiplicité et de la complexité des interventions requises.

La performance de l'ARS dans la réduction des ISS

On peut cependant se demander s'il est utile de remettre en question l'évaluation de la performance de l'ARS et par elle, celle du système de santé, dans sa contribution à la réduction des ISS et si les résultats de ce travail peuvent être utilisables, et par qui. À notre avis, trois raisons au moins peuvent être avancées. La première tient au fait qu'à partir du moment où l'on impartit, comme le fait la loi HPST, un tel objectif au système de santé, il mérite d'être évalué. La deuxième est que des initiatives régionales et locales sont en train de se développer et que ces activités ont tout à gagner à être mieux comprises et analysées. La troisième enfin repose sur le fait que la société civile et l'opinion publique sont en attente de résultats en la matière. Depuis de nombreuses années en effet, la conférence nationale de santé, instance nationale de démocratie sanitaire regroupant toutes les actrices et tous les acteurs qui travaillent dans le champ de la santé, demande que la politique nationale de santé se dote de grands principes, dont « l'exigence de santé publique dans toutes les politiques » et « la lutte contre les inégalités de santé »[19].

La principale finalité à donner à l'étude de la performance nous semble d'abord être une finalité d'apprentissage bien plus qu'une finalité normative. Les connaissances scientifiques, les expérimentations ne sont en effet pas suffisamment avancées ni stabilisées. Les différentes parties prenantes ont besoin d'avancer sur la compréhension de la « boîte noire ». Les décideurs et gestionnaires doivent savoir s'il est légitime et pertinent de demander une telle contribution au système de santé et d'avoir des éléments plus précis leur donnant la possibilité de choisir les missions prioritaires parmi celles, nombreuses, qu'ils demandent au système de santé de remplir. Les collectivités territoriales elles-mêmes ont besoin de prendre position dans une stratégie globale dans laquelle le système de santé relève d'abord de la responsabilité de l'État.

S'intéresser à la performance du système de santé dans sa contribution à la réduction des ISS doit ainsi permettre de faire avancer le débat sur la gouverne d'une stratégie globale en la matière. Une telle politique doit-elle être conduite par la santé ou est-il plus légitime et pertinent de la confier à des décideurs ayant des compétences intersectorielles ? Cette mise en

19. Conférence nationale de santé, Avis du 16 décembre 2011 portant sur les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025.



débat rejoint d'ailleurs celle posée par la publication de travaux scientifiques récents qui tendent à montrer que les inégalités de revenu importeraient plus que le niveau de revenu lui-même pour définir le bien-être d'un pays. Les auteurs posent le constat suivant : plus la distribution des revenus dans un pays est inégalitaire, moins ce pays est performant au regard des différents indicateurs du bien-être (espérance de vie, mortalité, obésité, niveau d'instruction, etc.). La liste des indicateurs du bien-être proposée par les auteurs est très large, incluant le taux de criminalité ou encore la proportion de déchets recyclés.

Étudier la performance doit alors permettre d'alimenter le débat démocratique et répondre aux attentes d'une légitimité sociale pour asseoir le rôle du système de santé en la matière.

Enfin, il s'agit bien évidemment d'améliorer la capacité d'agir de l'ensemble des acteurs en permettant que soient mis sur la table des éléments qui remettent en question leurs pratiques et leurs croyances et en facilitant l'appropriation de nouveaux paradigmes d'actions.

CHAPITRE 7

Les valeurs et la qualité de vie au travail : des dimensions négligées

Georges-Charles Thiebaut, André-Pierre Contandriopoulos et François Champagne

Ces dernières années, on a conçu et implanté de nombreux cadres d'évaluation de la performance autant sur les plans national qu'international, afin de remédier à un manque d'information sur le fonctionnement réel des services de santé, de promouvoir l'amélioration de la performance et d'accroître l'imputabilité des différents acteurs impliqués. Cependant, la plupart de ces cadres semblent avoir négligé des aspects fondamentaux de la performance, notamment en ce qui a trait aux valeurs et à la qualité de vie au travail des employés des établissements de santé. En effet, les dimensions et les mesures composant les modèles d'évaluation de la performance sont concentrées autour des diverses facettes de la qualité des soins et des résultats de la prise en charge, au point où le concept de performance tend à se confondre avec celui de qualité. Ces approches sont réductrices, car elles n'offrent pas une modélisation de la performance représentant sa complexité, l'interdépendance entre ses différentes composantes, ainsi que les divers points de vue des parties prenantes engagées.

Ainsi, nous affirmons qu'il est indispensable, afin de construire un outil d'évaluation de la performance plus valide et représentatif, d'incorporer, parcimonieusement, d'autres dimensions, particulièrement des mesures portant sur les valeurs individuelles et organisationnelles ainsi

que sur la qualité de vie au travail. La sélection de ces dimensions permettant d'élaborer un modèle plus complexe, intégré et présentant les chaînes causales les reliant, devrait être justifiée par la convergence d'études scientifiques montrant leurs influences sur la performance des systèmes de santé. À l'énoncé de ce prérequis, nous n'abordons plus la performance comme un concept monolithique, statique, mais comme un « construit multidimensionnel qui permet aux différentes parties prenantes de débattre et d'élaborer un jugement sur les qualités essentielles et spécifiques d'un système, d'une organisation ou d'un programme » en fonction de l'interaction entre ces diverses dimensions.

Ce texte, adapté de la thèse de doctorat en santé public du premier auteur, présente un modèle logique de mesure des valeurs individuelles et organisationnelles ainsi que de la qualité de vie au travail dans les organisations de santé. Il a été écrit en fonction d'un cadre d'appréciation de la performance plus large appelé « modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé » (EGIPSS) (Champagne, Contandriopoulos *et al.* 2005), basé sur la théorie de l'action sociale du sociologue américain T. Parsons (1951). Ce modèle, tout comme la théorie qui l'inspire, comporte quatre fonctions en équilibre : l'adaptation, la production, l'atteinte des buts et le maintien des valeurs, que nous examinerons plus particulièrement.

La dénomination « maintien des valeurs » symbolise la capacité d'une organisation ou d'un système à maintenir sa stabilité interne, en s'assurant de l'existence d'un système de valeurs partagé et d'une bonne qualité de vie au travail des employés, *nécessaire*s pour une action individuelle et collective performante. Ce partage des valeurs permet de produire un sens collectivement partagé et une cohésion entre les acteurs au sein du système. Dès lors, les valeurs constituent un réservoir de motivation pour les acteurs.

La fonction du maintien des valeurs est composée de deux grandes dimensions, le consensus sur les valeurs et la qualité de vie au travail. Cette dernière est construite autour de cinq sous-dimensions : l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction, les réactions comportementales, et le statut de santé des employés. La sélection de ces dimensions et sous-dimensions découle de plusieurs revues de la littérature sur les différents courants théoriques qui se sont intéressés aux comportements organisationnels, à la motivation au travail, à la santé au

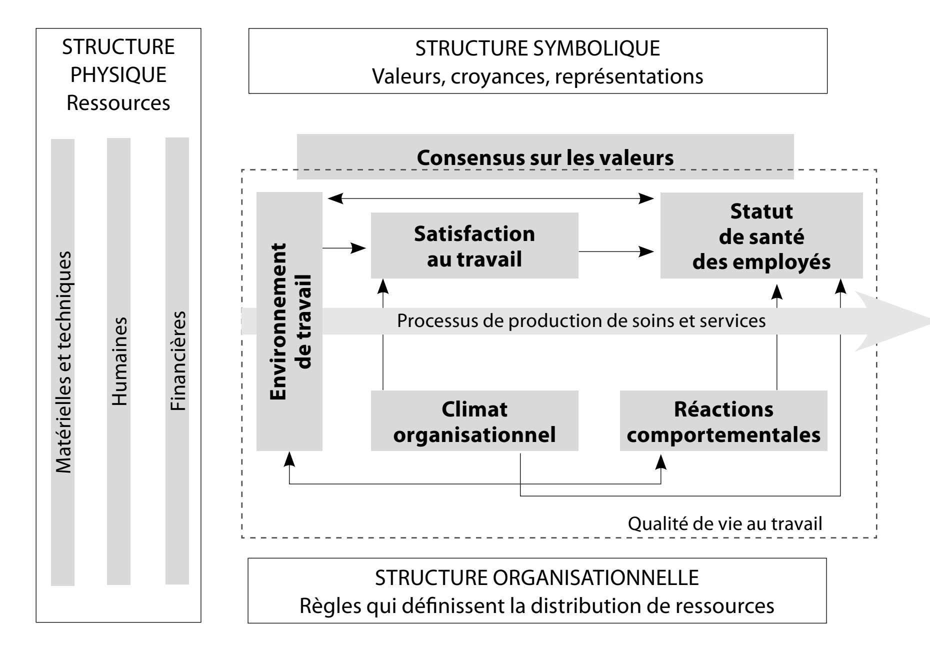
travail et à l'influence de la culture et des valeurs sur la performance organisationnelle.

Les fondations du maintien des valeurs : l'approche de Parsons

Dans l'œuvre de Parsons, le maintien des valeurs en tant que fonction des systèmes d'action fait référence au sous-système culturel visant à préserver les représentations culturelles et les valeurs communes permettant à tout système d'action de se maintenir. Le maintien des valeurs apparaît donc comme un système symbolique « de canalisation qui sert à la fois à accumuler de l'énergie sous forme de motivation et à la diffuser » (Rocher 1988 : 49). Cette fonction est le point de contact entre le système d'action et l'univers symbolique et culturel, fournissant de ce fait un sens aux actions individuelles et collectives. Les valeurs en sont l'aspect central par leur double caractéristique, puisqu'elles représentent les finalités suprêmes tout en étant une instance pour comprendre le monde. Par ailleurs, elles ne sont pas imposées par le système, mais socialement construites, découlant d'un consensus social, et « constituées comme un système de rapports » (Bourricaud 1955 : 21), signifiant qu'elles sont ordonnancées en fonction de choix faits en situation et en interaction. L'analyse des valeurs doit donc se faire à l'échelle interindividuelle et peut s'appliquer sur divers plans : la société, une organisation ou un groupe. Ainsi, cette perspective théorique semble particulièrement appropriée pour comprendre les orientations données au système de santé et aux organisations, ainsi qu'aux différents groupes les composant, en mesurant à la fois les valeurs individuelles et organisationnelles, mais aussi le degré de convergence qui peut exister entre les deux. Cependant, Parsons concevait cette fonction comme incorporant d'autres éléments que les valeurs. En outre, l'action sociale devait également s'analyser à partir de la subjectivité de l'acteur évoluant dans un environnement particulier influençant ses motivations, donc les actions entreprises. Dès lors, un modèle logique de mesure du maintien des valeurs devrait incorporer des éléments environnementaux, perceptuels, affectifs et comportementaux, regroupés dans la dimension qualité de vie au travail de notre modèle.

FIGURE 7.1

Le modèle logique de mesure du maintien des valeurs



Le modèle logique de mesure du maintien des valeurs

L'articulation de ces concepts est présentée à l'intérieur d'un système organisé d'action permettant de modéliser les structures qui forment l'environnement à l'intérieur duquel s'articulent les dimensions et sous-dimensions du modèle de mesure du maintien des valeurs (figure 7.1). Ces dimensions sont le consensus sur les valeurs et la qualité de vie au travail, elle-même subdivisée en cinq sous-dimensions : l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction au travail, les réactions comportementales, et le statut de santé des employés. Ces dimensions et sous-dimensions sont en interaction à l'intérieur d'un système organisé d'action façonné par trois types de structures. La structure symbolique qui représente « l'ensemble des valeurs et des croyances qui permettent aux acteurs de communiquer entre eux et de donner un sens à leurs actions » (Champagne, Contandriopoulos *et al.* 2005 :7). Les mêmes auteurs définissent la structure organisationnelle qui concentre « l'ensemble des lois, des règlements, des conventions, des règles de gestion qui

définissent comment les ressources (l'argent, le pouvoir, l'influence et l'engagement) sont réparties et échangées ». Enfin, la structure physique qui regroupe les différentes ressources (financières, humaines et matérielles) mobilisées. Le processus central autour duquel s'articule notre modèle correspond au processus de production de soins et de services dont la finalité est l'amélioration de la santé de la population.

Le consensus : mesure des valeurs individuelles et organisationnelles

Cette dimension permet de mesurer et d'analyser les orientations valorielles d'un système ou d'une organisation, et le niveau de consensus autour d'elles. Nous considérons les valeurs comme des croyances fortes faisant référence à des modes de conduite ou à des finalités de l'existence qui sont personnellement ou socialement préférables, en opposition à d'autres modes de conduite ou finalités d'existence. Elles sont le produit et la composante centrale de la culture, autant sur le plan sociétal qu'organisationnel. Elles constituent le fondement des systèmes sociaux en fournissant une direction et un sens à l'action individuelle et collective. Une réflexion sur les valeurs devrait donc être au centre de toute analyse entourant les systèmes de santé, puisqu'elles servent de fondement à l'élaboration des buts et des standards sociaux nécessaires pour juger les actions entreprises pour atteindre ces buts. Donabedian (1973) ainsi que Long (1994) ajoutent que les orientations valorielles déterminent les priorités du système et les choix de gouvernance concernant la structuration, les modes de financement, les modes de dispensation de soins et d'allocation des ressources des systèmes de santé. Cependant, mis à part le modèle EGIPSS, aucun cadre d'évaluation de la performance ne les prend en compte. Ainsi, nous souhaitons, par cette dimension, replacer la compréhension des orientations valorielles dominantes des systèmes de santé au centre de la réflexion. Un tel travail nécessite de construire un outil de mesure reflétant la dynamique de structuration sociale des valeurs et les propriétés qui en découlent.

Les valeurs sont organisées en système qui les hiérarchise selon leur importance et leur intensité. En effet, celles-ci « ont la propriété conceptuelle d'orienter le comportement des individus vers un but car elles permettent d'accorder un poids ou un incitatif vis-à-vis de certains objets

de l'environnement, de comportements ou d'état» (French et Kahn's 1962 cité par Feather 1995 : 111).

De ce fait, elles servent de standards guidant les actions individuelles et collectives, permettant ainsi de prendre des décisions. Elles traduisent donc des préférences en matière d'orientation de l'action, et marquent un choix entre des valeurs qui sont en concurrence dans leur application.

De plus, la stabilité des systèmes d'action et des sociétés dépend de l'existence d'un certain consensus sur les valeurs dominantes et leur ordonnancement afin de préserver l'ordre social et la cohérence du système. La préservation de ce consensus nécessite une négociation collective sur les valeurs qui peut aboutir à un accord collectif leur donnant une légitimité et leur capacité régulatrice des comportements et des actions. Par ailleurs, le système de valeurs d'une société n'est pas uniquement composé de valeurs dominantes. Au contraire, les «valeurs forment un ensemble dans lequel s'entremêlent, dans des formes hiérarchiques variables, des valeurs dominantes et des valeurs variantes» (Rocher 1992 : 77). Ce sont ces valeurs variantes qui permettent aux individus une certaine adaptation. De ce fait, on est amené à penser qu'un changement dans les valeurs est avant tout une modification de l'ordonnancement des valeurs, donc de la hiérarchie. Ainsi, les valeurs d'une société sont stables dans le temps, et c'est le poids ou l'intensité que leur donnent les individus ou la société qui varient.

Finalement, les valeurs s'expriment par les individus, la société et les organisations. Il existe donc des valeurs individuelles, organisationnelles et sociétales, et leur influence et légitimité dépendent, en partie, du degré de consensus qui existe entre les individus et entre les individus et le système. Ce concept de consensus sur les valeurs a été abondamment utilisé dans la littérature pour analyser la force culturelle d'une organisation et le degré d'ajustement entre les employés et l'organisation. En effet, le degré de partage des valeurs entre une organisation et ses employés, ou entre les employées eux-mêmes, est associé à un accord dans l'orientation de l'action, donc de l'organisation. Sur le plan interindividuel, le partage des valeurs signifie l'existence de schèmes cognitifs similaires permettant de mieux communiquer, de coordonner les actions et finalement de collaborer. En revanche, peu d'études se sont intéressées à la signification des valeurs pour les individus, donc aux perceptions que ces valeurs véhiculent en vue de l'action individuelle et collective. Pour

répondre à cette lacune, le concept de consensus sur les valeurs donne lieu à la mesure de trois éléments : la hiérarchie et l'intensité des valeurs, le consensus sur les valeurs interindividuelles et la congruence des valeurs individuelles et organisationnelles. La hiérarchie et l'intensité des valeurs ont pour objectif de permettre aux organisations d'entamer une réflexion sur leur identité et les valeurs dominantes selon les catégories socioprofessionnelles. Les deux autres types de mesures sont plus directement liés à la performance.

Le consensus sur les valeurs entre les individus et l'organisation a une répercussion directe sur l'engagement des employés vis-à-vis de l'organisation, sur la satisfaction et sur l'état de santé déclaré des employés, leur optimisme vis-à-vis de l'avenir de l'organisation, ainsi que les attitudes positives au travail. D'autres études avancent que la congruence des valeurs a une influence sur le taux de roulement des organisations de santé.

La congruence des valeurs aurait également une répercussion importante sur le degré de coordination et de coopération entre les acteurs d'une organisation, ainsi que sur la performance financière.

On constate donc que la dimension du maintien des valeurs a une influence directe sur la qualité de vie au travail, plus spécifiquement sur la satisfaction au travail, les réactions comportementales et le statut de santé des employés.

La qualité de vie au travail

Nous appréhendons la qualité de vie au travail comme un construit générique permettant de comprendre et de mesurer la dynamique issue de l'interaction entre les ressources et leurs allocations, les perceptions individuelles et collectives, les états affectifs, provoquant certains comportements organisationnels et influençant l'état de santé physique et mental des employés. La compréhension de cette dimension et de son influence sur les autres dimensions de la performance des organisations ou des systèmes de santé ne peut se faire qu'en considérant l'interdépendance de chacun de ces concepts reflétant diverses composantes du travail.

La première étape, afin d'analyser la qualité de vie au travail, est de replacer l'humain dans son univers organisationnel, composé d'une structure physique symbolisant la disponibilité des différentes ressources d'une

part, et d'une structure organisationnelle représentant les mécanismes d'allocation des ressources et de régulation encadrant la pratique professionnelle d'autre part. La mesure objective de l'influence de ces éléments sur les conditions de travail est regroupée dans la sous-dimension environnement de travail.

Les aspects cognitifs symbolisés par les perceptions individuelles et collectives et l'état affectif des individus sont représentés par plusieurs sous-dimensions. Tout d'abord, le climat organisationnel qui permet de décrire les perceptions collectives des employés sur diverses variables organisationnelles. Puis la satisfaction au travail, qui fait référence à une mesure des perceptions affectives concernant à la fois le travail et l'organisation. Dans ce sens, la satisfaction au travail est considérée comme une attitude, une posture individuelle vis-à-vis d'un objet. Enfin, on trouve les deux dernières sous-dimensions qui sont les réactions comportementales et le statut de santé des employés. Ces deux éléments peuvent être considérés comme des conséquences directement observables, dans une organisation, de l'interaction entre l'ensemble des construits que nous avons présentés.

L'environnement de travail

La notion d'environnement de travail est particulièrement présente dans la littérature en sciences infirmières et dans le courant sur les milieux sains de travail. Ces travaux s'accordent sur l'influence de l'environnement physique de travail vis-à-vis de la cognition des individus, de leurs comportements, ainsi que de la performance tant individuelle qu'organisationnelle. Dans notre modèle, l'environnement de travail représente une mesure objective des conditions de travail résultant de l'interaction des structures physiques et des structures organisationnelles des systèmes organisés d'action.

À la suite d'une revue de la littérature, nous avons regroupé les différents éléments composant l'environnement de travail. Ceux-ci sont les suivants : la régularité du lien à l'emploi, l'adéquation du personnel à la charge de travail, l'expérience professionnelle, la disponibilité du matériel, le soutien organisationnel et la sécurité au travail.

La régularité du lien à l'emploi

La régularité du lien à l'emploi fait référence à la perception du degré de sécurité par rapport à l'emploi. Selon les psychologues organisationnels, ce facteur est un déterminant important de la santé et du bien-être des employés, puisque la perception du niveau d'insécurité au travail est source d'angoisse, de stress, d'insatisfaction, et tend à augmenter l'absentéisme.

L'adéquation du personnel à la charge de travail

Cet aspect symbolise l'ajustement entre le nombre, le type et le temps de travail du personnel en fonction du volume de patients à traiter qui représentent la charge de travail. Nous avons décomposé cet élément en trois catégories qui font référence à des mesures précises, soit la dotation de personnel en fonction de la charge de travail, le temps de travail et la composition des équipes de soins. Par ailleurs, la littérature se concentre principalement sur le personnel soignant, si bien qu'il existe peu de preuves scientifiques liées aux conditions de travail et à la charge de travail des autres catégories professionnelles, notamment les médecins.

La dotation du personnel en fonction de la charge de travail a un effet direct sur la satisfaction, la rétention du personnel, ainsi que les blessures au travail. Concernant les résultats de santé, la littérature montre une association importante entre le nombre d'heures consacrées aux soins, la durée d'hospitalisation, et le nombre d'événements indésirables, tels que les infections urinaires, les hémorragies digestives, l'apparition d'escarres, et les infections nosocomiales. Enfin, plusieurs études ont montré que l'augmentation de la charge de travail des infirmières par l'ajout de nouveaux patients était associée à l'augmentation de la possibilité de mourir dans les 30 jours après l'admission.

Le temps de travail constitue également une facette importante de la charge de travail. Ce concept fait référence au nombre d'heures travaillées au-delà des 40 heures habituelles planifiées par semaine. L'augmentation des heures supplémentaires serait associée à une augmentation de la fatigue, de l'absentéisme et des accidents au travail.

Enfin, la dernière catégorie correspond à la composition des équipes soignantes et à l'équilibre entre les différentes professions. La littérature se concentre principalement sur la proportion d'infirmières ayant un baccalauréat et d'infirmières praticiennes au sein des équipes de soins.

En effet, la proportion d'infirmières ayant un baccalauréat est liée à l'occurrence des événements indésirables par heures de soins. D'autres études montrent une association entre la proportion d'infirmières ayant un baccalauréat et les taux de mortalité à 30 jours. En effet, plus cette proportion est faible et plus le taux de mortalité à 30 jours est élevé. Aiken *et al.* (2003) précise même qu'une augmentation de 10 % de la proportion d'infirmières titulaires d'un baccalauréat est associée à une diminution de 9 cas de mortalité à 30 jours pour 1000 patients hospitalisés.

L'expérience professionnelle

Cette composante de l'environnement de travail renvoie à l'ancienneté du personnel à la fois sur le plan des années d'exercice professionnel et sur le plan des années passées au service de groupes de patients particuliers. Ces deux aspects sont des déterminants du degré de compétence des professionnels de la santé.

Comme l'ont montré Tourangeau *et al.* (2006), l'ancienneté professionnelle a une répercussion importante sur le degré de confiance interindividuelle, donc sur le niveau de cohésion des équipes de soins. En matière de résultat de soins, une plus grande expérience professionnelle serait liée à la baisse des occurrences des événements indésirables, ainsi qu'à la baisse de la mortalité hospitalière à 30 jours suivant la sortie de l'hôpital.

La disponibilité du matériel

Cette composante mesure la présence suffisante de certaines ressources matérielles maximisant la sécurité, l'efficacité de la prise en charge et le bien-être physique et psychologique des professionnels de la santé. En effet, plusieurs études montrent qu'un mauvais entretien du milieu de travail, que l'utilisation d'un équipement inadéquat, ainsi que des fournitures manquantes, ont un effet sur la santé des employés et sur l'absentéisme. Deux types d'équipement semblent particulièrement importants selon la littérature : les lève-malades et les équipements de protection, particulièrement ceux qui entourent l'utilisation des aiguilles.



Le soutien organisationnel

Cet élément fait référence à la qualité de l'appui apporté par l'organisation, dans le milieu de travail, aux professionnels de la santé. Notre travail nous a permis de distinguer deux éléments particulièrement importants : les stratégies et les mécanismes organisationnels mis en place pour soutenir matériellement et cognitivement les professionnels de la santé, et le soutien organisationnel à la formation continue. Ces mécanismes ont un effet sur la satisfaction et la qualité des soins.

La sécurité

Cette dernière composante permet d'appréhender le niveau de risque auquel est soumis le personnel. Rogers (1997) a élaboré une liste de l'ensemble des risques qui touchent les infirmières lors de leur travail, soit les risques biologiques et infectieux, chimiques, environnementaux ou mécaniques, physiques et psychologiques. L'ensemble de ces risques est lié à la sécurité des employés, aux blessures et aux maladies professionnelles.

Le climat organisationnel

Le concept de climat organisationnel fait référence à la qualité de l'environnement organisationnel ou aux conditions de travail telles qu'elles sont perçues et exprimées par les membres d'une organisation. Ce concept a été utilisé pour illustrer de nombreuses variables marquant l'interaction entre l'individu et l'organisation qui influencent les comportements des individus dans l'organisation. Reichers et Schneider (1990) appréhendent cette notion comme un concept molaire, défini comme le partage de perceptions sur la politique organisationnelle, les pratiques et les procédures, formelles ou informelles. Par ailleurs, le climat organisationnel présente une série de propriétés qui le définisse. Celui-ci est « a) une réponse perceptuelle qui est avant tout descriptive plutôt qu'évaluative ; b) le niveau de construction et d'inclusion des critères est macro plutôt que micro ; c) l'unité d'analyse est basée sur des attributs organisationnels ou appartenant aux sous-systèmes étudiés » (Hellriegel et Slocum 1974 : 256). Le climat organisationnel est donc d'une importance cruciale, car il reflète la dynamique interne de l'organisation qui a un effet direct autant sur les individus à qui l'établissement de soins fournit des services

(patients) que sur l'attitude et la performance des employés. Dans notre modèle, nous définissons la notion de climat organisationnel comme l'agrégation des perceptions individuelles concernant six variables organisationnelles qui sont l'autonomie, la collaboration, la communication, le soutien organisationnel, la supervision et le leadership.

La perception du climat organisationnel par les employés est en grande partie influencée par les conditions de travail et, de façon indirecte, par la disponibilité des ressources matérielles, financières et humaines.

En matière de conséquences, le climat organisationnel est associé au taux de roulement des employés et à leur motivation, ainsi qu'à la satisfaction au travail. De même, il existe un lien entre le climat organisationnel, le risque de blessures professionnelles et l'épuisement professionnel. Enfin, Clarke *et al.* (2002) et Stone *et al.* (2007a) ont montré un lien entre climat organisationnel et sécurité des patients. En effet, une perception négative du climat organisationnel aurait des conséquences sur l'apparition de pratiques moins sécuritaires.

La satisfaction

La satisfaction au travail décrit un phénomène cognitif marquant l'orientation affective des individus déterminant l'attitude adoptée par rapport au travail. En outre, elle représente le degré d'émotion positive ou négative pour le travail. Elle se définit comme un « état émotionnel résultant de l'évaluation de la capacité d'un emploi à rencontrer [*sic*] les besoins physiques et psychologiques, les valeurs liées au travail et les besoins de croissance personnelle d'un individu » (Locke 1976 : 1298). La satisfaction au travail résulte donc de la relation perçue entre ce que l'individu aimerait retirer de son travail et ce que son travail lui offre. De ce fait, la satisfaction est associée à un processus cognitif, qui est issu des expériences affectives liées à la tâche et à l'environnement dans lequel il s'effectue. Cependant, il ne s'agit pas d'un concept monolithique, au contraire, la satisfaction est constituée de multiples facettes représentant les diverses sources de satisfaction au travail. Ainsi, nous abordons, dans notre modèle, la satisfaction au travail comme un état émotionnel issu de l'évaluation des expériences affectives liées à différentes facettes du travail et de son environnement qui conditionnent les attitudes au travail. Comme les auteurs ont travaillé sur la satisfaction au travail, ils ont décrit de multiples facettes qui la composent. Dans notre modèle, nous les avons

regroupés en neuf facettes : la nature du travail, les conditions de travail, l'autonomie, la rémunération, la reconnaissance, la formation, les perspectives d'avenir, les interrelations au travail, et la qualité de soins.

Ce concept a été très utilisé par le courant motivationnel et les études en psychologie organisationnelle afin d'analyser le lien entre les attitudes au travail et la performance individuelle et organisationnelle mesurées sur le plan de la productivité, de l'absentéisme ou des avantages. Dans le domaine de la santé, la convergence de nombreuses études tend à considérer comme une preuve l'influence de la satisfaction au travail sur l'absentéisme, le taux de roulement et l'épuisement professionnel pour tous les professionnels de la santé, y compris les médecins.

Il existerait également une association entre la satisfaction et la qualité des traitements et des pratiques professionnelles, ainsi qu'entre la satisfaction et la qualité des interactions avec les patients.

Les réactions comportementales

La notion de réactions comportementales renvoie aux comportements observables dans l'organisation qui sont la conséquence d'une interaction entre des variables organisationnelles structurant l'environnement de travail et les perceptions individuelles concernant l'organisation et le travail. La documentation a proposé de nombreuses mesures, cependant nous avons retenu les deux phénomènes qui sont les plus récurrents et les plus fortement associés à la performance, soit l'absentéisme et le roulement du personnel. Le taux de roulement est défini comme le nombre de départs des employés tous les ans, alors que l'absentéisme fait référence à l'absence de présence physique des employés à leur poste et à un moment donné alors que l'on prévoyait leur présence. L'absentéisme représenterait un comportement de défection ou de désengagement concernant l'organisation. Ces deux phénomènes sont très fortement corrélés et sont tous deux directement influencés par le partage des valeurs, le taux de satisfaction, le climat organisationnel et l'intention de quitter son emploi.

Le roulement du personnel entraîne principalement des conséquences sur la qualité des soins, puisqu'il provoque une baisse des standards de soins, un moindre respect des protocoles de prise en charge, ainsi qu'une augmentation des événements indésirables. De plus, ce phénomène a tendance à diminuer la productivité et à détériorer l'environnement de

travail en augmentant la charge de travail et en accroissant le nombre de travailleurs inexpérimentés.

De son côté, l'absentéisme a principalement des conséquences néfastes sur la performance financière d'une organisation en détournant les ressources dévolues aux soins afin de recruter du personnel occasionnel, mettant en péril la viabilité de l'organisation. De même, l'absentéisme aurait un effet négatif sur la continuité des soins et sur les taux de complications.

Le statut de santé des employés

Cette sous-dimension permet d'appréhender le statut de santé physique et mentale des employés d'une organisation. Elle est fortement déterminée par l'ensemble des autres dimensions du maintien des valeurs. Cette question est un aspect majeur de la performance des systèmes de santé. En effet, Arnetz avance que la mesure et l'amélioration de la santé des médecins devraient recevoir la même priorité que les soins et la viabilité financière. Néanmoins, très peu de cadres d'évaluation de la performance intègrent ce type de mesure, malgré une forte prévalence des blessures physiques et des problèmes de santé mentale des professionnels de la santé. Pourtant, certains auteurs avancent que les métiers de soins seraient parmi les plus dangereux en Amérique du Nord.

L'état de santé physique et psychologique des professionnels de la santé a un effet majeur sur la productivité de l'organisation, ainsi que sur la qualité des interrelations entre les patients et les professionnels de la santé du fait d'une réduction de l'attention portée aux patients et du temps qui leur est accordé. Par ailleurs, cet aspect influence négativement la qualité technique des soins en réduisant la pertinence des décisions, en diminuant les standards de qualité et en augmentant les événements indésirables. Finalement, et cela en est la conséquence directe, l'état de santé des professionnels agit sur le taux de roulement et l'absentéisme au travail.

Les apports du modèle logique de mesure du maintien des valeurs

Le modèle logique de mesure du maintien des valeurs peut servir à la fois d'outil d'évaluation et d'instrument de gestion. Dans les deux cas, il peut

être utilisé comme modèle normatif pour la reddition de compte ou comme instrument d'analyse et d'amélioration. Nous favoriserions la seconde utilisation, car ce modèle offre une compréhension de phénomènes sous-estimés autant en évaluation de la performance qu'en gestion des organisations de santé. Ainsi, la portée explicative de celui-ci représente son apport majeur, puisqu'il permet de lier divers phénomènes entre eux, pour en donner une lecture globale et intégrée. Dans ce sens, notre outil a été conçu comme une démarche permettant une analyse causale reliant les conditions objectives de travail, les perceptions collectives concernant les variables organisationnelles, les attitudes au travail, les comportements, les valeurs qui structurent et qui fournissent le cadre interprétatif, et finalement le statut de santé des employés comme résultante de l'ensemble de ces interactions. Cette analyse peut être étendue à l'extérieur du modèle de mesure du maintien des valeurs, comme nous l'avons montré dans les sections II et III, puisque chacune des dimensions et sous-dimensions de celui-ci influence le niveau de performance d'autres dimensions du modèle EGIPSS, dont la qualité, la sécurité, la productivité et les résultats de la prise en charge des patients. Dès lors, la connaissance des chaînes causales, entre les divers éléments de la performance des systèmes de santé, permet de dégager des leviers d'action pour l'amélioration du fonctionnement des organisations.

Notre modèle offre une seconde utilité, destinée aux décideurs et aux gestionnaires de la santé, car il donne accès à des données perceptuelles, ce qui permet une certaine compréhension de la subjectivité des acteurs au travail. En effet, le travail est souvent abordé selon des critères objectifs et des mesures des composantes physiques liées aux conditions de travail.

Dans ce cadre, le travail est perçu comme un contexte, un décor, dépourvu d'un rapport subjectif entre l'individu, la tâche et l'organisation. Pourtant, le sens que revêt le travail pour les individus est un aspect central de leur engagement et de leur performance. Or, en se concentrant sur les conditions de travail, on oublie le lien entre l'activité, le sens du travail et la santé des individus. En effet, le travail doit être considéré comme « une activité subjectivante, dans laquelle contrainte objective et processus subjectif s'étayent mutuellement » (Dejours, 1995 : 47), et contribue ainsi à la construction de l'identité du sujet, considérée comme l'armature de la santé mentale. Lhuilier, sociologue du travail, avance que « le monde du travail témoigne massivement d'un processus de réduction symbolique

et d'une approche gestionnaire du travail de plus en plus déconnectée des réalités, tout entière au service d'une occultation du réel » (Lhuilier 2010 : 46). Notre modèle tente de représenter l'interaction entre le symbolisme et les agencements physiques et organisationnels structurant le travail afin de mieux comprendre la subjectivité des acteurs et leurs comportements au travail.

Cette démarche s'accompagne d'une volonté de replacer les valeurs au centre de nos réflexions. Les valeurs, en tant que source de sens, structurant les orientations données à l'action, sont un puissant levier pour améliorer les organisations et les systèmes si l'on accepte la nécessité de reconnaître, puis de gérer l'ambiguïté et la complexité. En effet, les valeurs sont fragmentaires et les systèmes de santé sont soumis à des paradoxes, et à des pressions concurrentes découlant de cette fragmentation. Plusieurs logiques d'action sont simultanément véhiculées dans le même espace social par les différents groupes le composant. L'enjeu est de les comprendre, de les concilier, voire de faire des choix, pour engendrer une action collective cohérente. Ces choix ne se font pas entre le positif et le négatif, mais entre des options offrant des orientations et des solutions différentes. On trouve ces mêmes enjeux avec les valeurs et leurs interprétations. En effet, une valeur n'est pas, ni dans l'absolu ni selon des critères moraux, meilleure qu'une autre ; chaque valeur est une option d'action différente. L'enjeu se trouve donc dans la compréhension des paradoxes et des valeurs, leur explication, voire l'acception de leur caractère irréconciliable. Nous pensons que notre modèle permettrait de favoriser des réflexions et des débats autour des valeurs que devrait porter une organisation afin d'orienter l'action. Ces débats favoriseraient l'émergence d'une conception consentie conjointement de l'action collective et des orientations organisationnelles permettant de réduire les tensions inhérentes aux paradoxes organisationnels. Cependant, ce travail est permanent et renvoie à un exercice de construction d'un consentement provisoire permettant un équilibre dans la conduite de l'action collective. Ainsi, le modèle que nous présentons n'est « qu'un prétexte pour être intelligent ensemble » (Lorino 1997 : 15).

TROISIÈME PARTIE

L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DANS DIFFÉRENTS PAYS

CHAPITRE 8

Regards sur le système de santé régional en France

Françoise Jabot et Annie-Claude Marchand

Dans de nombreux pays, la performance est devenue une question centrale pour la gouvernance publique[1]. Elle s'est imposée en France comme mode de gestion, avec la réforme budgétaire[2]. Du début des années 2000 qui prescrit à chaque administration la traduction de l'ensemble de son activité en un programme assorti d'objectifs et d'indicateurs afin de rendre compte annuellement des résultats obtenus au regard du budg*et al*loué. La performance est estimée sur la base de critères de qualité, d'efficacité socioéconomique et d'efficience. La notion de performance est, d'une part, intimement liée à la dépense budgétaire et, d'autre part, englobe l'ensemble des activités de contrôle de gestion et d'évaluation.

La performance et l'évaluation : des relations équivoques

Dans le secteur de la santé, l'évaluation a été introduite à l'échelle régionale en 1999 avec la création de services qui avaient pour vocation de

1. Les auteures remercient Lauren Saunders, interne de santé publique au Centre hospitalier universitaire de Rennes pour sa contribution aux travaux préliminaires sur les premières évaluations ainsi que Nathalie Dubois, chercheuse à la Direction de la santé publique de Montréal et affiliée à l'École nationale d'administration publique (ENAP) pour la relecture de ce texte et ses commentaires pertinents.

2. Loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances (LOLF).



concevoir tant des activités d'inspection et de contrôle que d'évaluation. Plusieurs années après, force est de constater que la fonction d'évaluation n'a été que peu exercée par ces services, voire confondue avec les activités d'inspection et de contrôle. Le déploiement des programmes régionaux de santé de la dernière décennie a largement contribué à promouvoir la démarche d'évaluation. Cependant, cette dernière répond plus à des obligations réglementaires qu'à des initiatives propres. Quelques régions se sont engagées dans cette voie, en construisant une dynamique de concertation et d'accompagnement à la démarche évaluative mais, en 2004, seul un quart des programmes régionaux de santé avaient fait l'objet d'une évaluation. L'analyse globale de ces évaluations montrait l'hétérogénéité entre les méthodes, les approches ainsi que les pratiques et les savoir-faire entre les régions.

Sur le plan national, un bureau spécifiquement chargé de l'évaluation des programmes a été créé en 2000 à la direction générale de la santé du ministère de la Santé. Progressivement, les travaux d'évaluation de plans et programmes nationaux se sont multipliés avec des modalités institutionnelles de suivi et de pilotage témoignant d'une ouverture plus grande aux divers groupes d'intérêt et d'un travail plus collégial et coopératif entre les différentes catégories d'acteurs. Depuis 2004, le Haut Conseil de la santé publique, instance d'expertise du Ministère, a un mandat explicite d'évaluation des politiques de santé et dispose pour cela d'une commission spécialisée. Concourent également aux évaluations des politiques nationales des institutions traditionnellement responsables du contrôle (Inspection générale des Affaires sociales, Cour des comptes) ainsi que certaines directions des administrations centrales. Par ailleurs, l'assurance maladie a fourni un cadre pour l'évaluation des réseaux de santé et encourage l'exercice pour quelques programmes particuliers. Progressivement, des savoir-faire se sont construits. Il existe notamment un nombre non négligeable de guides, d'outils et de procédures, toutefois encore insuffisamment diffusés et partagés. Malgré ces avancées, l'évaluation reste une pratique fragmentée, peu reconnue, non programmée, dont les différents travaux, conçus et réalisés isolément, sont mal articulés, ce qui ne facilite pas leur exploitation à l'échelle régionale ou nationale.

L'évaluation s'est développée de façon inégale en fonction des secteurs. Les secteurs du soin (évaluation des pratiques professionnelles et démarches qualité) et du médicosocial (évaluation des prestations des

établissements médicosociaux) ont bénéficié du soutien d'organismes experts (Agence nationale de l'évaluation devenue ensuite Haute autorité de santé et Agence nationale d'évaluation sociale et médicosociale) qui ont produit des guides et référentiels alors que dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, les démarches d'évaluation ont eu plus de difficulté à se structurer et à se construire une légitimité.

La logique de la performance introduite en 2001 avec la LOLF est venue côtoyer une culture évaluative encore récente et fragile. Dans l'esprit de cette loi (ministère de l'Économie et des Finances, 2012), la performance est définie comme « la capacité d'une organisation à tenir la totalité de la chaîne des résultats », à savoir traduire l'utilisation des crédits en réalisations/résultats/effets. La mesure de performance consiste à apprécier les effets de l'action de l'État, ce qui la différencierait de l'évaluation qui porte sur les politiques qui ne sont pas limitées à l'action de l'État et, de fait, qui impliquent d'autres acteurs, dont les collectivités locales, et s'intéresse aux répercussions lointaines de ces politiques. Les énoncés de cette réforme ont doublement brouillé les repères : d'une part, en réduisant la notion de programme à un ensemble de crédits et, d'autre part, en redessinant le périmètre de l'évaluation ; limitée à l'appréciation des effets à long terme, elle est tenue éloignée des pratiques de routine. La notion de performance devient synonyme d'efficacité, alors même que sa mesure se limite à une agrégation d'indicateurs dont la restitution ne dit rien du lien entre action mesurée et résultats. De ce fait, la mesure de performance ne saurait remplacer l'évaluation, seule apte à produire une intelligibilité de l'action mise en œuvre et à entamer une réflexion sur les théories d'action qui soutiennent les politiques. L'exercice promu par la LOLF, outil d'allocation budgétaire par excellence, a provoqué de nombreux débats sur le devenir de l'évaluation ; les uns redoutant de la voir éludée au profit des exercices purement budgétaires, les autres y voyant une voie de progrès. La place centrale de l'indicateur, variable emblématique de l'évaluation, et le caractère englobant de la mesure de performance ont créé de la confusion chez bon nombre d'acteurs au point de voir cet exercice se substituer parfois aux démarches d'évaluation engagées. Pour ces raisons, le concept de performance conserve des contours encore flous, souvent synonyme de contrôle de gestion ou d'efficience, entre *reporting* et évaluation ; ses relations avec l'évaluation restent ambiguës.

L'émergence du système de santé à l'échelle régionale

Depuis une quinzaine d'années, un processus de réforme du système de santé a été engagé afin de concevoir et de mettre en œuvre une politique de santé adaptée aux territoires. Le mouvement de régionalisation amorcé en France à partir des années 1970 avec la planification hospitalière s'est amplifié de façon notable ces dernières années. Progressivement, le cadre législatif et l'implication de plus en plus affirmée de l'ensemble des acteurs ont contribué à faire de l'échelle régionale le lieu de la construction et du pilotage de la politique de santé. En 1996[3], un ensemble de dispositions réglementaires a permis la création d'instances régionales – agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), notamment – ainsi que la mise en place de lieux de débat – conférences de santé (C.N.S.) pour déterminer des priorités régionales à partir desquelles construire des programmes de santé. En 1998, la loi de lutte contre les exclusions[4] prescrivait la mise en œuvre de programmes régionaux à destination des personnes en situation de précarité et créait des comités pour la concertation interinstitutionnelle et le pilotage des politiques de santé[5]. Les lois de décentralisation, en opérant de nombreux transferts de compétence, ont permis aux collectivités locales, les municipalités en premier lieu, puis aux départements et aux régions, de se saisir de la question de la santé. Les collectivités à l'échelle régionale, bien que n'ayant à cette époque aucune compétence en santé, ont apporté leur concours en cofinançant les programmes de santé dans quelques régions. Les collectivités départementales ont été responsables de missions de prévention (programmes de vaccination), de protection de la mère et de l'enfant et d'insertion sociale. Enfin, les villes, sollicitées par les orientations de la politique de la ville ou membres des réseaux français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), développaient leur propre programme de santé. Progressivement s'instaurait une nouvelle gouvernance fondée sur une recomposition des relations entre les partenaires et une gestion plus transversale de l'action publique.

---

3. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

4. Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

5. Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique.

Devant la dispersion des compétences institutionnelles, à la pluralité des niveaux d'intervention et des acteurs et au foisonnement de programmes, d'actions et de dispositifs, la loi votée en 2004[6] dotait les régions de processus formels pour construire une action publique globale et cohérente. Les plans régionaux de santé publique (PRSP) étaient conçus pour regrouper dans un même cadre l'ensemble des interventions de santé et des collectifs ont été créés pour en assurer la mise en œuvre et le suivi. Ces collectifs associent les institutions engagées dans le champ de la santé publique et ont été nommés « groupements régionaux de santé publique » (GRSP). En 2009, une étape de plus sera franchie avec la création d'agences régionales de santé (ARS) regroupant au sein d'une même entité les domaines de la prévention, du soin et du médicosocial[7].

En même temps qu'elle instituait la mise en place de plans régionaux de santé publique, la loi de 2004 prévoyait leur évaluation. Pour accompagner les acteurs dans cette démarche, un groupe de travail piloté par la direction générale de la santé avait, avec la contribution de représentants régionaux, élaboré un document méthodologique (Ministère de la Santé, 2008). Fait inédit en France, toutes les administrations de la santé de l'échelle régionale ont procédé, de 2007 à 2010, à l'évaluation de leur plan.

Le cadre d'analyse : le modèle EGIPSS

Le modèle EGIPSS, inspiré de la théorie de l'action sociale de Parsons, évalue la performance sur la base des quatre fonctions qu'un système doit assurer et sur les équilibres à maintenir entre ces fonctions pour assurer sa survie. La première fonction vise l'atteinte des buts, à savoir la capacité du système à remplir sa mission principale traduite en matière de valeur ajoutée sur la santé. La deuxième concerne la capacité du système à s'adapter à son environnement pour assurer sa pérennité et se transformer en fonction des changements. La troisième porte sur la production en matière de biens et services et du processus de production. Enfin, la dernière fait référence aux valeurs et au climat qui sous-tendent le fonctionnement du système et qui lui donnent sens et cohésion. Selon ce modèle, la performance d'une organisation s'apprécie à l'aune de son aptitude à

6. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

7. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

régler et à sauvegarder des équilibres entre ces quatre fonctions. Quand on étudie les interactions entre les fonctions deux à deux, six types d'équilibres sont proposés: tactique (entre atteinte des buts et production), stratégique (entre atteinte des buts et adaptation), légitimatif (entre atteinte des buts et maintien des valeurs), allocatif (entre production et adaptation), opérationnel (entre production et maintien des valeurs), contextuel (entre adaptation et maintien des valeurs).

Nous avons adopté le modèle EGIPSS pour notre étude principalement pour deux raisons. La première tient à la conception pluridimensionnelle de la performance sur laquelle il repose; en effet, celle-ci intègre les notions d'efficacité, d'efficience, de rendement, mais aussi d'accessibilité, de qualité et d'équité. Cette approche, plus globale que la vision française, plus centrée sur l'atteinte des résultats et l'efficience, rendra mieux compte des effets générés par la réforme en place. La seconde tient à sa capacité à évaluer des systèmes complexes, la performance étant vue comme le « résultat de compromis et tensions entre différentes dimensions » (Sicotte *et al.* 1999) ; nous préciserons plus loin en quoi le dispositif PRSP/GRSP répond aux caractéristiques d'un système complexe.

Nous avons traduit les quatre fonctions décrites dans le modèle EGIPSS en variables pertinentes pour notre objet et déterminé des indicateurs de réussite pour chacun des éléments (tableau 8.1).

Le but poursuivi par le dispositif PRSP/GRSP (F1) vise la mise en cohérence de l'ensemble de l'action publique en santé. La gouvernance du plan assuré par le GRSP concerne l'ensemble des procédures pour la mise en œuvre de ces plans (F2). La fonction d'adaptation (F3) renvoie à la flexibilité du dispositif pour répondre au mieux aux besoins et aux attentes des acteurs et des territoires. Les principes et les valeurs sont traduits dans F4.

Le matériau de l'étude : seize régions françaises

Seize régions[8] ont été évaluées. Ces évaluations ont été réalisées par des bureaux d'étude pour quatorze d'entre elles (évaluations externes). Dans deux cas, c'est l'équipe du GRSP qui s'en est chargé (évaluations internes). Ces évaluations ont pris fin en 2008 pour quatre régions, en 2009 pour

8. Aquitaine, Bretagne, Centre, Champagne Ardenne, Corse, Franche-Comté, Île de France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Picardie, Réunion, Rhône-Alpes.



TABLEAU 8.1

La traduction du modèle EGIPSS au système de santé régional français

Fonctions d'un système (Contandriopoulos *et al*., 2008)	**Traduction PRSP/GRSP**	**Indicateurs de réussite**
F1 : atteinte des buts **(capacité à réaliser sa mission, en termes d'amélioration de la santé)**	• mise en cohérence des différentes interventions de santé	• logique architecturale, hiérarchie des priorités (cohérence interne) • articulations avec autres secteurs et autres politiques (cohérence externe)
	• mobilisation des institutions	• adhésion des institutions au groupement de santé publique • participation aux activités du groupement
	• mutualisation des ressources	• financement des projets par les institutions adhérentes
	• amélioration de la santé de la population	• indicateurs de santé (mortalité prématurée évitable, mortalité par pathologies…)
F2 : production avec productivité de biens et services de qualité **(production de soins, continuité, coordination, collaboration des acteurs)**	• déploiement des programmes de prévention et promotion de la santé /priorités retenues • respect des bonnes pratiques • développement des partenariats entre acteurs • articulations avec le secteur du soin	• nombre et nature des projets • qualité des projets (étayés sur données probantes, stratégies pertinentes, évaluation réalisée) • compétences des professionnels • collaborations formalisées (contrats, réseaux)
F3 : adaptation à l'environnement **(capacité d'attirer les clientèles, de s'adapter aux besoins, de mobiliser, d'innover, d'acquérir et de contrôler les ressources)**	• meilleure réponse aux besoins • adaptation aux spécificités territoriales • mobilisation de tous les opérateurs concernés • soutien aux projets innovants • rééquilibrage des financements en faveur de la prévention	• projets sur de nouveaux axes • projets construits localement et financements adaptés • inscription de nouveaux acteurs (secteurs connexes à la santé) dans le PRSP • financements de nouveaux projets • marge de manœuvre financière dans les territoires
F4 : maintien des valeurs et climat favorable à la réussite des trois autres fonctions **(production de sens, de cohésion, d'organisation)** **(équité, liberté, efficience)**	• consensus sur les principes et les objectifs du PRSP • répartition équilibrée des responsabilités entre acteurs • équité entre les territoires et entre les groupes • reconnaissance du potentiel local • autonomie d'action • utilisation rationnelle des ressources	• critères partagés au regard des options retenues • explicitation des missions • répartition des ressources selon les besoins des territoires et des groupes • prise en compte des analyses et initiatives locales • financements de projets en conformité avec les besoins

sept régions et en 2010 pour cinq régions. Il faut rappeler que l'installation officielle des ARS a eu lieu le 1er avril 2010. Les seize évaluations examinaient les modalités d'élaboration des plans, le processus de mise en œuvre, le suivi et la répercussion du plan sur les pratiques des acteurs professionnels et le partenariat institutionnel.

Le travail repose sur l'analyse de l'ensemble des documents disponibles relatifs aux plans et à leur évaluation, d'entretiens conduits avec vingt-quatre acteurs clés à l'échelle régionale ou infrarégionale (responsables du plan et acteurs des programmes) et sur un examen plus approfondi de quatre évaluations dans lesquelles nous avons été personnellement impliqué, comme évaluateur, membre du groupe de suivi de l'évaluation ou aide à la maîtrise d'ouvrage.

L'analyse des données

Dans un premier temps, nous avons construit une grille d'analyse en lien avec le questionnement évaluatif afin d'explorer pour chaque situation régionale : les caractéristiques régionales (par exemple, géographie, état de santé et historique des politiques de santé) ; le processus d'évaluation (par exemple, enjeux, organisation, modalités de travail et suites données) ; les modalités d'élaboration du plan (concertation, structuration et nature des priorités) ; sa mise en œuvre (par exemple, procédures, ressources allouées, relations entre les groupes d'acteurs et suivi) ; les effets sur les pratiques des acteurs (compétences et collaborations), ainsi que le partenariat institutionnel et associatif. Ensuite, nous avons analysé les données issues des documents collectés, particulièrement des rapports d'évaluation, des entretiens que nous avons conduits et de nos observations au regard des fonctions attendues du système PRSP/GRSP et des interactions entre ces fonctions.

Le dispositif PRSP/GRSP : un système organisé d'action

La loi de santé publique a formalisé le cadre de la politique régionale de santé publique, en définissant la méthode d'élaboration et le contenu des plans. Le plan régional de santé publique (PRSP) est l'instrument de la politique de santé d'une région ; il englobe un ensemble de programmes et d'actions au regard des priorités et des objectifs définis et permet de

structurer une politique en opérant des agencements entre les différentes interventions du PRSP et avec celles qui sont conduites en dehors de ce cadre. Par ailleurs, il vise à favoriser la mise en synergie des différents acteurs.

Le collectif qui gère le programme est un groupement d'intérêt public composé de représentants institutionnels tel qu'il est prévu par la loi (État, organismes de protection sociale, agences de l'hospitalisation et, à titre facultatif, collectivités territoriales). Il est géré par un conseil d'administration présidé par le préfet et dispose d'un comité technique, le comité des programmes. Il peut constituer une entité déterminée, disposant de locaux distincts et d'une équipe, ou exister dans un réseau d'acteurs demeurant chacun dans son institution d'appartenance. Il est chargé de la mise en œuvre des programmes du plan et, pour cela, il dispose d'un budg*et al*imenté pour 85 % de crédits de l'État et pour 15 % de crédits de l'assurance maladie.

Les acteurs

Les acteurs sont nombreux : pluriinstitutionnels et pluricatégoriels (administratifs, responsables des programmes et référents désignés par territoires de proximité), engagés sur des plans différents (équipe restreinte du directeur de l'institution régionale, réseau des acteurs internes à l'institution et partenaires externes des autres secteurs) et investis de responsabilités différentes.

Le processus

Le déploiement du PRSP se traduit par la mise en œuvre de multiples interventions d'envergure variable et requiert des formes d'organisation incarnées par des procédures et des mécanismes de coordination et de régulation.

L'appel à projets, généralisé en France depuis quelques années, est l'outil de mise en œuvre du PRSP. Il repose sur la sollicitation des opérateurs par l'institution régionale, à un rythme annuel, aux fins de développer des actions répondant aux objectifs des programmes, conformément aux orientations données en matière de ciblage des populations et/ou de territoires. Chaque promoteur financé par une ou plusieurs institutions

publiques du GRSP doit traduire son activité en un ensemble d'actions répondant aux objectifs des différents programmes et les soumettre dans le cadre de l'appel à projets.

La finalité du système

Le dispositif PRSP/GRSP a été instauré afin de structurer la politique de santé publique à l'échelle régionale et de rallier les collectivités territoriales dans ce mouvement. L'ensemble des partenaires ont à s'accorder sur la lecture des problèmes à résoudre dans la région, le bilan des réalisations et des ressources mobilisables, les priorités à retenir, les objectifs à fixer en vue de l'amélioration de la santé de la population et la façon d'y parvenir.

La performance du système de santé régional à l'épreuve du PRSP/GRSP

Une première analyse comparative des travaux d'évaluation a permis d'apprécier l'évolution des politiques de santé publique en région avec la mise en place des plans régionaux de santé publique et d'estimer l'état des forces et des faiblesses de cette nouvelle planification. Ensuite, dans la perspective de l'évaluation de la performance, nous avons étudié avec le modèle EGIPSS l'accomplissement des quatre fonctions d'un système, puis analysé les tensions et la dynamique d'équilibre entre chacune d'elles.

Pour analyser les quatre fonctions du système, nous allons aborder successivement : l'atteinte des buts (mise en cohérence des interventions de santé et mobilisation des institutions), la fonction de production (déploiement des programmes et actions du plan), l'adaptation à l'environnement (adaptation aux besoins des populations dans les territoires et innovation), ainsi que le maintien des valeurs et le climat (consensus sur les principes et cohésion organisationnelle).

L'atteinte des buts

La construction et le maintien d'une cohérence d'ensemble entre les différentes interventions de santé, qu'elles soient ou non inscrites dans le PRSP, repose sur l'organisation des articulations entre les orientations issues des différents échelons, les divers programmes et l'organisation des



services de soins, formalisée dans le document de planification (architecture du PRSP), puis opérationnalisée avec la mise en œuvre des actions (adéquation entre priorités établies et financements alloués, convergence entre PRSP et autres politiques).

L'élaboration des PRSP a été encadrée par un ensemble de décrets et de circulaires émanant du ministère responsable de la santé fixant des règles ou des principes à respecter. Les acteurs régionaux devaient relever plusieurs défis : faire un plan sur mesure, adapté aux particularités des territoires tout en incluant les priorités nationales, en intégrant les actions préexistantes et les priorités de chaque institution adhérente tout en ciblant quelques priorités. L'usage du mot priorité recouvre au moins deux acceptions ; il est autant employé dans son sens littéral, ce qui doit passer en premier, que pour désigner des problèmes ou besoins de santé. De ce fait, la représentation des priorités d'un plan n'est pas univoque : choix à opérer parmi les programmes du plan pour les uns, thématiques de santé abordées dans les programmes du PRSP, voire programmes eux-mêmes pour les autres. La nécessité d'intégrer tous les thèmes, le découpage à partir de portes d'entrée multiples (populationnelles, déterminants de santé, pathologies, stratégies d'intervention, programmes et volets obligatoires), la propension à créer des programmes pour chaque problème de santé jugé prioritaire a généré une multiplication de programmes, induisant de multiples recoupements. L'architecture des plans, souvent découpée en thématiques multiples et enchevêtrées a rendu leur lecture difficile pour les différents acteurs, notamment les opérateurs engagés dans des actions transversales. Afin de décloisonner les champs de la prévention/promotion de la santé et du soin, les PRSP ont souvent adopté les territoires de proximité des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) pour la mise en œuvre des programmes. Réciproquement, leurs objectifs prioritaires figurent dans les orientations des schémas. Cependant, au-delà des intentions affichées, les deux systèmes restent le plus souvent centrés sur les préoccupations propres à chaque secteur (santé publique comparativement à sécurité sanitaire) à l'exception de situations favorables où une seule et même personne assure le double pilotage des actions de santé publique (programme du PRSP) et de l'organisation des soins (volet du SROS) pour un même thème (dépendances, santé mentale, cancer, etc.). Par ailleurs, le PRSP rassemble et organise des programmes hétérogènes au regard de plusieurs caractéristiques (volume et nature des

actions, importance politique, rattachement à un plan national et approche plus ou moins transversale). Ces derniers seront plus ou moins aptes à créer des passerelles avec d'autres dispositifs ou politiques publiques.

La nouvelle organisation avait l'ambition de mobiliser les collectivités territoriales afin de les faire adhérer au groupement. Le bilan établi par la direction générale de la santé après deux ans de mise en œuvre faisait état de l'adhésion de plus de la moitié des conseils régionaux au GRSP, des deux tiers des conseils généraux et de la présence croissante des villes. Si les collectivités ont volontiers participé aux réflexions sur le diagnostic régional, elles se sont prudemment engagées dans le processus, leur implication dépendant tant de leur statut territorial que de l'histoire locale. Les collectivités participant au financement des actions ont conservé leur autonomie de gestion, à l'exception d'une seule collectivité régionale (sur 26) qui a versé une contribution directe au GRSP. Les collectivités locales, quant à elles, ont endossé plusieurs rôles. En tant que décideur, elles participaient aux délibérations au sein des comités décisionnels. Parfois, elles ont apporté un financement complémentaire à des actions soutenues par le GRSP. Dans d'autres cas, elles se sont placées comme opérateur, mobilisant les budgets du PRSP comme des leviers pour développer et amplifier leurs politiques, au-delà de leur capacité financière.

Selon notre analyse, le bilan reste mitigé ; le dispositif en place a contribué à la structuration de la politique régionale de santé, mais celle-ci n'en demeure pas moins perfectible. Malgré les défauts énoncés (nombre important de programmes avec de multiples recoupements), les plans ont permis une meilleure lisibilité de l'offre, plus de transparence dans l'attribution des financements et ont généré des rapprochements avec d'autres politiques (éducation, environnement et travail).

La production de services

La fonction de production s'apprécie dans la confrontation entre le cadre d'orientation du PRSP et les procédures (gestion de l'appel à projets), le mode de pilotage et d'animation du plan et de ses composantes, ainsi que les relations entre les différentes catégories d'acteurs (interactions formelles et informelles, et qualité de la communication).

Le processus d'appel à projets a été rendu systématique pour toutes les actions financées par une ou plusieurs institutions adhérant au GRSP.

Ainsi, chaque opérateur associatif a dû trouver des voies d'entrée dans le plan et segmenter son activité en plusieurs projets ou actions pour les inscrire dans les programmes. En raison de la multiplicité et des zones de chevauchement entre les programmes, certains projets étaient soumis à plusieurs programmes engendrant un surcroît de travail de tri et de coordination. Ainsi, ce sont plusieurs centaines d'actions qui ont dû être analysées tous les ans par les divers groupes de travail mis en place aux échelons départemental et régional pour l'étude et la sélection. La gestion de l'appel à projets a constitué l'activité centrale de la mise en œuvre du PRSP, impliquant dans un continuum, l'équipe régionale du GRSP, les responsables des programmes ou des axes du PRSP, les équipes territoriales et les opérateurs pour l'étude et le suivi des dossiers. En dépit des procédures balisant les interventions de différents acteurs, chaque étape du parcours des dossiers était susceptible d'engendrer des ruptures, faute du respect des règles établies (critères d'analyse et d'établissement des priorités des dossiers, et calendrier pour la transmission des documents) et du principe de subsidiarité entre les échelons, mais aussi en raison d'un déficit de communication entre les échelons. Entre responsables régionaux de programmes et instructeurs territoriaux, des différences d'appréciation des projets étaient parfois notables, l'affrontement entre les logiques propres aux places des acteurs dépassant la volonté de planification rationnelle. Les efforts pour introduire davantage de méthode et harmoniser des pratiques hétérogènes entre les territoires ont complexifié le fonctionnement, entraînant des répercussions sur la charge de travail des équipes régionales et territoriales et sur la lisibilité du processus par les opérateurs. Le poids des formalités administratives a dissuadé les associations de moindre envergure de poursuivre une demande de financement, d'autant que les équipes du GRSP n'étaient pas en mesure de les épauler, car elles étaient trop absorbées par la gestion administrative.

L'adaptation à l'environnement

Les PRSP ont comme vocation de prendre en compte les particularités locales afin d'apporter une réponse plus adaptée aux besoins de la population. Pour cela, la contribution des acteurs locaux devait être recherchée à chaque étape : diagnostic initial conçu avec les partenaires locaux, étude des projets à l'échelle territoriale, sélection des projets et répartition des

budgets étayées sur une base territoriale, solutions adaptées aux besoins et caractéristiques des territoires et de leurs populations.

La nécessité d'une action publique territorialisée s'est progressivement imposée en France depuis les années 1980. Cadre structurant de l'organisation des soins, le territoire est devenu l'élément de référence à partir duquel concevoir et organiser les politiques de santé. Ainsi, dans la majorité des régions, la territorialisation a figuré au rang des préoccupations si ce n'est des priorités. Pour autant, le concept reste flou et hétérogène recouvrant des acceptions ambiguës. La sémantique utilisée est fluctuante. Pour signifier la mise en œuvre d'une intervention sur le plan local, on parle indifféremment de déclinaison territoriale ou de démarche territorialisée alors même que les deux expressions renvoient à des approches assez opposées. Les interprétations du concept sont multiples et la traduction dans les faits variable selon les régions. Si le territoire fait toujours référence à un espace géographique, son périmètre est variable, selon qu'il s'agit du lieu de pouvoir politique (commune, département et région), d'une intervention liée à une organisation particulière (réseau de santé) ou d'un milieu de vie (quartier). Ainsi, l'animation territoriale, modalité emblématique de la territorialisation, évoque tour à tour le principe de l'étude des projets par les équipes institutionnelles du palier départemental, incluant ou non, au gré des partenariats locaux, une effective collaboration avec les collectivités territoriales, ou des modalités de coordination avec tous les acteurs du territoire. Les responsables, dénommés référents, animateurs ou coordinateurs territoriaux de santé, sont tantôt des représentants institutionnels du GRSP (le plus souvent de l'État), tantôt des opérateurs ou encore des acteurs extérieurs engagés pour assurer la fonction, avec des missions plus ou moins bien définies. L'analyse des données recueillies du fait des évaluations montre que la conception de la territorialisation procède de différentes logiques : géographique (découpage fin pour l'organisation de l'offre de soins et de services), technique (prise en compte de l'échelle territoriale à différentes étapes de programmation), démocratique (espace de concertation, rôle actif des collectivités, affectation d'une marge d'autonomie administrative et financière), éthique (équité d'accès et d'offre), et de santé publique (lieu de mise en cohérence). Chaque région puisant dans ces différents registres, la « territorialisation » revêt des configurations variées dans les PRSP, entre déclinaison des politiques régionales et construction de politiques locales.

Le PRSP devait encourager l'innovation sous toutes ses formes : nouvelles stratégies d'intervention, nouveaux modes de coopération entre acteurs, y compris ceux issus de secteurs connexes à la santé. Bien qu'affiché, le soutien à l'innovation s'est d'abord heurté aux contraintes budgétaires, à l'obligation de reconduire la majorité des actions existantes ainsi que certains programmes (dépistage des cancers, par exemple), laissant peu de marge pour financer des actions nouvelles. Enfin, la lisibilité réduite du PRSP et de ses procédures n'a pas facilité l'inscription de nouveaux acteurs, d'autant que les acteurs institutionnels n'avaient pas toujours la disponibilité requise pour promouvoir et accompagner des initiatives nouvelles.

Le maintien des valeurs et le climat organisationnel

Les acteurs engagés dans le PRSP partagent *a priori* les mêmes valeurs de santé publique, tout particulièrement équité, solidarité et intérêt général. En revanche, les stratégies d'implantation ne font pas autant l'unanimité et illustrent les divergences entre les visions des différentes catégories d'acteurs sur les enjeux et le rôle du PRSP.

Les divergences de doctrine sont présentes dès la conception du plan. L'approche transversale (populationnelle ou stratégique) est mise en présence de l'approche par thématiques ou pathologies, relayant l'opposition entre les partisans de l'approche holistique et de l'approche de promotion de la santé comparativement aux acteurs de tradition fondamentalement biomédicale. La phase de mise en œuvre révèle également des différences quant aux relations instaurées entre institutionnels et opérateurs (contrôle comparativement à accompagnement), quant aux choix stratégiques (prise de risque avec les actions innovantes, soutien d'opérateurs plus fragiles et/ou moins qualifiés contrairement aux pratiques de routinisation). La diversité des modes de mise en œuvre dans les territoires reflète des visions contrastées dans la répartition des responsabilités et le partage du pouvoir entre l'État et les autres institutions et entre les différents échelons (hiérarchie comparativement à collégialité).

Du côté des opérateurs, le découpage de leur projet pensé comme une globalité, en une somme de morceaux de projet, représente une contrainte d'autant plus forte qu'il altère la cohérence et le sens de leur action. Malgré cela, la majorité des opérateurs reconnaît le PRSP comme

un document de référence. Dans certaines régions, on apprécie les occasions de dialogue à partir de l'évaluation des actions. Les acteurs institutionnels de leur côté soulignent que le PRSP offre un cadre qui favorise l'harmonisation de certaines pratiques de gestion des programmes de santé publique, et renforce et valorise des pratiques déjà éprouvées avec la dynamique des programmes régionaux de santé, notamment de formalisation des partenariats.

Les équilibres en tension pour la gestion des paradoxes

Le dispositif PRSP/GRSP est fondé sur un ensemble de paradoxes, politiques et méthodologiques, qui mettent en tension la gouvernance du système (équilibre tactique). Alors que la responsabilité de l'État en matière de politique de santé est clairement affirmée, la participation des collectivités, jugée indispensable, est recherchée, mais elle reste facultative. De fait, les institutions adhérentes conservent leur autonomie financière, voire leurs propres orientations. Par ailleurs, les PRSP englobent tout un éventail d'actions et de programmes dont une partie se prolonge dans des dispositifs gérés par d'autres institutions et sur lesquels le GRSP n'a pas de leviers. Ils sont conçus comme un cadre d'accueil permettant de tout intégrer, mais au sein desquels des priorités doivent être dégagées. Le mode de sollicitation par appel à projets, destiné à susciter des initiatives nouvelles, se heurte à une double contrainte : reconduire annuellement des actions existantes, tout en favorisant des opérateurs et des projets nouveaux qui répondraient aux objectifs actualisés des programmes. Les dispositions (équilibre opérationnel) et les choix de planification opérés relayent ces contradictions (équilibre légitimatif) : architecture verticale comparativement à lecture transversale et territoriale des problèmes ; priorités affichées comparativement aux thèmes des appels à projets des programmes ; recherche de cohérence régionale comparativement à morcellement des projets locaux des opérateurs ; concurrence entre opérateurs induite par les appels à projets comparativement aux efforts de rapprochement amorcés les années précédentes ; soutien des grosses associations bien implantées contrairement au renouvellement des opérateurs.

En contrepoint, les acteurs conçoivent des stratégies en lien avec les valeurs de santé publique qu'ils défendent, afin d'introduire des modes d'action adaptés aux difficultés des territoires (équilibre contextuel) et

permettre des ajustements malgré des cadres formels pas toujours propices au changement (équilibre stratégique). En effet, les PRSP font l'objet d'un arrêté préfectoral après avoir été approuvés par différentes instances de concertation et toute modification est soumise à ce même processus de validation. Pour les faire évoluer en évitant ces procédures lourdes, les acteurs ont mis en place des modes de régulation interne, par exemple, en révisant annuellement les appels à projets ; mais ces actualisations régulières, parce qu'elles donnent une impression d'instabilité, génèrent de l'incertitude et troublent les opérateurs et les acteurs institutionnels proches du terrain. Pour introduire de la transversalité dans des plans d'architecture généralement verticale, les responsables de programmes ont suscité des collaborations entre interventions du PRSP ou avec des programmes extérieurs. De la même façon, les équipes locales se sont efforcées d'inventer des formes adaptées aux particularités du territoire. Pour résoudre le dilemme budgétaire (reconduire l'existant et financer des actions nouvelles), les acteurs ont souvent préféré la dispersion des financements à l'ensemble des opérateurs au ciblage des quelques projets, pour ne pas mettre en péril l'une ou l'autre des associations (équilibre allocatif). Enfin, dans plusieurs régions, pour pallier le manque de disponibilité des acteurs institutionnels, on a alloué des fonds aux organismes régionaux de promotion de la santé afin d'assurer l'accompagnement des opérateurs (équilibre opérationnel).

Un modèle adapté à l'évaluation quant à la complexité du dispositif

Le modèle EGIPSS permet l'évaluation de systèmes complexes et, pour cette raison, il est adapté à notre objet. En effet, le PRSP répond aux caractéristiques des interventions complexes. Il est constitué d'une multitude d'interventions, obligatoires ou issues des volontés locales, destinées à différents groupes de populations, mises en œuvre par une multitude d'acteurs issus de cultures variées, opérant à différents paliers et chargées de responsabilités différentes (régulation, décision, accompagnement et mise en œuvre). Il comprend des sous-systèmes (programmes ou territoires d'intervention) obéissant à des logiques propres (objectifs, populations et stratégies) avec des chaînes de causalités en interactions réciproques et des effets attendus dans des horizons temporels à court, moyen et long terme. La gouvernance mobilise plusieurs niveaux : régional pour la décision, la

régulation et l'allocation de ressources ; départemental et parfois local pour l'étude des interventions à subventionner, l'accompagnement des opérateurs et l'animation des acteurs et dispositifs. Le leadership de l'État, la diversité des points de vue sur les objectifs à atteindre ou les stratégies à déployer et la mise en concurrence entre les opérateurs sont à l'origine de relations voire de tensions entre les groupes d'acteurs. Enfin, les acteurs ont fait face à quelques paradoxes : le caractère facultatif d'inscription dans les PRSP pour les collectivités, la nécessité de faire à la fois du consensus et des priorités, et l'obligation de maintenir l'existant et de soutenir l'innovation à moyens constants.

S'agissant des évaluations réalisées, les GRSP avaient rédigé les cahiers des charges des évaluations en s'alignant sur les repères proposés par le niveau national (ministère de la Santé 2008), à savoir une série de questions portant sur les différentes composantes d'une intervention. Le modèle EGIPSS invite à une lecture du système sur la base de quatre fonctions auxquelles peuvent être aisément reliés les quatre axes de questionnement des évaluations régionales françaises. La question relative à la capacité du PRSP à produire de la cohérence renvoie à l'atteinte des buts, et celle relative à sa gouvernance examine la fonction de production. La capacité d'adaptation figure dans les questions sur la flexibilité du PRSP ou sur la dynamique de territorialisation. Les valeurs et le climat sont sous-jacents au questionnement sur les changements induits par le PRSP sur les acteurs. Bien que relevant d'une autre approche, nous constatons que les interrogations formulées par les acteurs régionaux rejoignent les points relatifs aux quatre fonctions du modèle, à l'exception du problème sur le maintien des valeurs et le climat organisationnel, plus approfondi dans le modèle EGIPSS.

Enfin, l'analyse sur les équilibres entre les fonctions constitue un apport intéressant dans la mesure où les tensions et les paradoxes sont abordés comme des faits consubstantiels au système et ouvrent des pistes de réflexion pour en améliorer le fonctionnement.

Les difficultés et les limites d'utilisation

Ce modèle a été conçu principalement pour analyser des organisations de soins, et son utilisation pour évaluer la performance d'un système de santé, aux frontières plus perméables avec l'environnement, est moins aisée.



Comme les fonctions sont étroitement liées, il est souvent difficile d'attribuer les constats à l'accomplissement de telle ou telle fonction. Les variables sont parfois communes à plusieurs fonctions, attendu notamment le caractère transversal de la fonction liée au maintien des valeurs. L'outil de la politique (PRSP) est indissociable de sa gouvernance (GRSP). L'architecture du plan conditionne la mise en œuvre et si la cohérence recherchée relève de l'atteinte des buts, elle dépend étroitement des modalités de déploiement des plans. Par ailleurs, nous l'avons montré, les valeurs et principes sont sous-jacents à l'élaboration des plans. Dans le même esprit, l'adaptation du système relève de la volonté des acteurs, de la représentation de leur fonction et de leur positionnement dans le système. Ainsi, pour analyser les équilibres entre les fonctions, nous avons été mis en présence de dilemmes quand il s'agit de prendre position entre telle ou telle fonction.

Au-delà des tensions liées à l'accomplissement des fonctions, la mise en œuvre des PRSP met à jour la comparaison entre les logiques de plan, de programmes et de territoires, portées par les acteurs à leurs différents niveaux. La logique planificatrice vise la centralisation des procédures autour de l'appel à projets avec une animation et une gestion régionale des projets locaux et des dynamiques interprogrammes. Les responsables de programmes défendent l'approche thématique, définissent des critères de sélection conformément à leurs orientations et conçoivent des modes d'animation particuliers en fonction des caractéristiques du programme. Enfin, les acteurs des territoires obéissent à des logiques de protection/défense des territoires, selon leur perception des potentialités et des besoins du territoire, des ressources disponibles, des dynamiques créées entre les territoires et l'échelon régional. Les logiques de planification, qu'elles s'expriment dans le pilotage du plan ou de ses programmes, sont tendues vers les fonctions de production et d'atteinte des buts, tandis que les logiques de territoire répondent à la fonction d'adaptation du système. Au croisement de ces trois logiques, la fonction orientée vers le maintien des valeurs aboutit à un ensemble de convergences et d'oppositions grâce auquel le système va fonctionner en dépit de ses imperfections. Cependant, au-delà de la volonté des acteurs, les politiques demeurent contraintes par les cloisonnements inhérents au système de santé, structurels ou budgétaires, pour lesquels la marge de manœuvre est limitée.

Les perspectives pour l'évaluation des futurs projets

La loi du 21 juillet 2009[9], dans la continuité des réformes engagées, constitue une nouvelle étape dans la consolidation de l'échelon régional avec la création des agences régionales de santé qui sont responsables d'élaborer une politique de santé globale incarnée dans le nouvel outil de planification, le « projet régional de santé ». Cette réorganisation poursuit plusieurs objectifs, améliorer la performance du système de santé afin d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé, réduire les inégalités de santé et accroître l'efficacité et l'efficience du système de santé. Le projet régional de santé est l'instrument unique de la politique. Étayé sur un modèle global de santé, il vise, en cohérence avec le parcours de vie des personnes, la croissance des coopérations transversales entre des secteurs historiquement cloisonnés (promotion/prévention, soins et prises en charge médicosociales). Conformément à la loi, il est conçu en plusieurs strates : un plan stratégique qui définit les priorités de santé de la région et les objectifs qui en découlent, des schémas d'organisation dans les trois secteurs et des programmes d'actions, des programmes territoriaux pour intégrer l'ensemble.

Les travaux préparatoires de la loi de 2009 ont souligné les trois défis à relever pour améliorer la performance du système de santé : restaurer la transversalité malgré des segmentations résiduelles, réussir les liens avec les autres politiques malgré un recentrage sur les agences, et atteindre les objectifs sur le plan de la santé malgré un contexte de restrictions budgétaires. Les tensions sont, là encore, présentes entre les principes affichés (cohérence et réduction des inégalités de santé) et les exigences de production efficiente avec un impératif de réduction des dépenses. Les acteurs régionaux se sont engagés dans les travaux de conception de leur système d'évaluation, partagés entre devoir d'imputabilité et préoccupation d'amélioration de la qualité des services rendus. La clarification des enjeux à partir de l'examen des fonctions du système et de leurs interactions pourrait à l'avenir être un guide dans la réflexion.

---

9. Assemblée nationale et le Sénat de la France (2009). *LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.* Dernier accès le 17 mars 2017 sur le site : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id



CHAPITRE 9

Desempenho e equidade na alocação de recursos públicos federais para a saúde/ Performance et équité dans l'allocation de ressources publiques fédérales de la santé

Gilson de Cássia Marques de Carvalho[1]

Esta é uma abordagem sobre a equidade na alocação de recursos financeiros para saúde no Brasil. Ela contém três partes.

1. Análise da essência do sistema de saúde público brasileiro.
2. Análise da iniquidade geral no Brasil.
3. Análise da iniquidade da alocação de recursos públicos de saúde.

Uma primeira abordagem é sobre o sentido do termo equidade. Muitas vezes confunde-se este termo com igualdade, ou como conceito diametralmente oposto a ele.

A igualdade diz respeito à mesma forma de ver, de analisar, de atribuir direitos e deveres, de abordar e de trabalhar com as pessoas, etc. Assim se diz que o sistema de saúde brasileiro tem como um de seus princípios a igualdade, ou melhor, uma combinação de universalidade com igualdade.

1. Gilson Carvalho – *In Mémorian* - Médico Pediatra e de Saúde Pública - carvalhogilson@uol.com.br. O autor adota a política do copyleft podendo este texto ser multiplicado, editado, distribuído independente de autorização. Textos disponíveis : www.idisa.org.br



Deveria a abordagem de saúde ser sempre igual? Todos com o mesmo direito e o mesmo dever? Abordagem e tratamento iguais? Aí é que se faz necessário explicar. Igualdade quando as necessidades são iguais e desigualdade quando as necessidades são diferentes. A este conceito denominamos de equidade, que passa a ser uma qualificação da igualdade. Equidade é a igualdade qualificada. Igualdade justa, dando-se a cada um conforme sua necessidade.

A equidade pode ter dois enfoques. O primeiro, visto na horizontal, que seria o de que equidade é cuidar de problemas de necessidades iguais, de igual maneira. Já a equidade vertical seria a abordagem em que se cuidam de problemas e necessidades peculiarmente, conforme a necessidade. Para necessidades desiguais, abordagem desigual – segundo características da necessidade. Igualdade é tratar igualmente os iguais. Equidade, tratar desigualmente os desiguais, ainda com uma característica de que se dê mais a quem mais necessita e menos a quem menos necessita. Falamos de iniquidade exatamente quando se assume a posição diferente, onde se dá mais para quem tem menos necessidade, e menos para os mais necessitados.

Interessante que ao se definir diretrizes e princípios do SUS, em nenhum momento se fala em equidade. Dar-se-ia como já embutida na igualdade?

O conceito de equidade, a não ser o de custeio, não está presente na legislação de saúde do bloco de constitucionalidade: Constituição e leis nacionais de saúde. Em alguma legislação estadual, como a de São Paulo, está presente o termo equidade.

O modo de praticar a igualdade com justiça social é dar a ela um banho de equidade.

É dentro desse conceito que vamos tentar responder a uma interrogação: na saúde pública brasileira haveria alocação equitativa de recursos financeiros e consequentemente dos demais?

De que saúde e de que modelo de saúde estamos tratando para abordar a equidade

A Constituição de 1988 consagrou os direitos e deveres de todos os cidadãos brasileiros. Foram as maiores conquistas de cidadania que um povo conseguiu incluir em sua Carta Maior.



Muitos acusaram os constituintes de terem prodigalizado os direitos, sem contudo pensar em como garantí-los. Isto é , a meu ver , um ledo engano pois para esses direitos foram colocados deveres a serem cumpridos por todos.

A SAÚDE está entre os direitos constitucionais inscritos no Capítulo II que trata dos DIREITOS SOCIAIS, no Art.6º: "são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados".

Nos artigos anteriores , genericamente, já está defendido o direito à saúde no momento em que se afirma que a República Federativa do Brasil tem como fundamento a cidadania, a dignidade da pessoa humana e outros. Entre os objetivos fundamentais do Brasil estão a construção de uma sociedade livre, justa e solidária com erradicação da pobreza e redução das desigualdades sociais e regionais, promovendo o bem de todos, sem preconceito algum.

A SAÚDE, como direito específico, está bem claramente colocada nos direitos sociais. Nos enunciados gerais acima, pressupõe-se que seja um dos condicionantes fundamentais de se garantir cidadania, dignidade etc.

Sonho ou realidade?!... A meu ver, um sonho que deve se tornar realidade na medida em que, como cidadãos plenos, cumpramos nossas obrigações individuais e coletivas que possibilitarão usufruirmos de nossos direitos, entre eles o de ter e gozar saúde.

Entre os deveres de cidadania colocamos como essenciais: contribuirmos para com o fisco, sem sonegação; a prática da não corrupção passiva e ativa; exercer o controle da sociedade, tanto do público como do privado, para que ambos não utilizem mal os recursos públicos.

SAÚDE é um direito essencial que na Constituição está colocado como DEVER do ESTADO, mas que só acontecerá se todos nós cumprirmos nossos maiores e menores deveres cotidianos, o que nos fará cidadãos plenos.

Na Lei Orgânica de Saúde está bem explícito: só conseguiremos ter saúde na medida em que tivermos a contribuição das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade.

O Direito À Saúde exige que cada um de nós cumpra com seus deveres. Entre o omitir-se e o compactuar-se existe uma terceira via: a da participação e luta de cada um de nós para que todos sejamos cidadãos plenos, iguais em direitos e deveres.

Direito À Saúde como parte da transformação de nosso país.

Não basta tomar para esta saúde o conceito clássico da OMS de que a saúde seja um estado de completo bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doenças.

Gosto muito de sintetizar no popular, seguindo anseios do cidadão que pensam a Saúde como "Viver Mais E Melhor". Objetivo e anseio que comandam o objetivo da saúde, a missão de todos seus trabalhadores e a responsabilidade de todos os cidadãos de "ajudar as pessoas a só morrerem bem velhinhas, de preferência sem nunca terem ficado doentes e, se ficarem, que sarem logo e de preferência sem sequelas".

A característica da saúde que o Estado tem que garantir para os cidadãos

Abaixo, no quadro 9.1, temos o resumo executivo da essência do Sistema Único de Saúde sacramentado na última Constituição Brasileira de 1988. Importante salientar que os três destaques, que são Saúde Como Direito, Universalidade E Integralidade, só aparecem nessa Constituição Brasileira. O momento foi 1988, mas 25 anos depois do início recente dessa luta e hoje já 24 anos usados em sua implementação, ainda não concluída.

QUADRO 9.1

Sistema Unico de Saúde Legal

O MODELO SUS DE FAZER SAÚDE
Saúde direito de todos e dever do estado

FUNÇÕES: Regular, fiscalizar,controlar, executar
OBJETIVOS: • Identificar condicionantes e determinantes • Formular a política econômica e social para diminuir o risco de doenças e outros agravos • Assistência por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde
DIRETRIZES E PRINCÍPIOS ASSISTENCIAIS: Universalidade – igualdade (equidade) – integralidade – intersetorialidade – resolutividade – acesso a informação – autonomia das pessoas – base epidemiológica
DIRETRIZES E PRINCÍPIOS GERENCIAIS: Regionalização – hierarquização – descentralização – gestor único – complementaridade e suplementaridade do privado – financiamento – participação comunitária
CONDICIONANTES E DETERMINANTES Econômico e social : emprego, renda, casa, comida, lazer, educação, transporte, meio ambiente, saneamento



O Sistema Único de Saúde - SUS é o sistema criado pela Constituição de 1988 encarregado de garantir esse direito social fundamental que é o Direito à Saúde de todos os cidadãos e que se constitui num dever de relevância pública do Estado. O sus é o Sistema de Saúde Público e Solidário do Cidadão.

A Constituição Federal de 1988 coloca alguns princípios fundamentais para assegurar esse direito de todos à saúde. São princípios do SUS:

- Universalidade: todos têm direito à saúde, não se podendo excluir ninguém, nem o pobre, nem o rico, nem branco nem preto, nem urbano, nem rural. Ninguém pode ser discriminado em qualquer nível da assistência.
- Igualdade: todos têm direitos e estes direitos devem ser iguais para todos: na entrada nos serviços, no tipo de tratamento, nos exames e consultas especializados. Nada pode ser discriminado para uns ou para outros, nem haver nenhuma diferença na quantidade ou qualidade dos serviços por raça, cor, idade, religião, classe social ou qualquer outra. Sem preconceitos e sem privilégios.
- Equidade: o modo de fazer a igualdade com justiça é dar a ela um banho de equidade. No caso da saúde, a equidade significa tratar diferentemente os diferentes e as necessidades diferentes. De outro lado, tratar igualmente os iguais, com iguais necessidades. Aquele que mais precisa, que tem necessidade maior, deve ter ter prioridade, vista sempre pela óptica da necessidade e não do poder aquisitivo ou pela influência de amigos ou políticos.
- Integralidade: todos têm direito de ser vistos e entendidos como um todo, integralmente, e não apenas por órgãos ou sistemas (coração,pulmão, estômago etc). Não são os órgãos que adoecem sozinhos, são as pessoas que ficam doentes. De outro lado, a integralidade abrange também todas as ações, tanto de promoção da saúde (trabalhar com as causas da doença), como para a proteção da saúde (trabalhar com os riscos de adoecer), como para a assistência aos agravos de saúde, tanto de cada pessoa como do seu coletivo.
- Intersetorialidade: todos têm direito ao mínimo de condições de vida como emprego, salário, casa, comida, educação, lazer. A saúde é conseqüência da condição de vida das pessoas e, junto com a vacina, o remédio, a cirurgia, precisamos lutar para modificar as condições

gerais de vida. Tentar mudar os outros setores relacionados com a saúde. Deve haver uma especial integração com o saneamento e o meio ambiente.

- Resolutividade: a capacidade dos serviços de saúde em resolver os problemas de saúde, em quantidade e qualidade, em todos os níveis da assistência.
- Descentralização: os serviços de saúde devem ser administrados de forma descentralizada, com o poder de decisão perto do cidadão e não lá longe, em Brasília. Direção única em casa esfera de governo. No Município, quem dirige é o Secretário Municipal de Saúde; no Estado, o Secretário Estadual e, na União, o Ministro da Saúde.
- Financiamento: a responsabilidade pelo financiamento da saúde é do governo Federal e dos governos Estaduais e Municipais. Lembre-se de que aquele que na verdade financia tudo é o cidadão, que paga impostos diretos e indiretos. Os governos devem devolver o que os cidadãos pagam, oferecendo serviços públicos em quantidade e qualidade satisfatórias.
- Regionalização: as ações e serviços de saúde devem ser organizados de modo regionalizado para atender a todas as necessidades da população, sem duplicidades e com o melhor rendimento do uso de profissionais e equipamentos;
- Hierarquização: as ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma hierarquizada. O acesso aos serviços deve ser feito a partir das equipes de Agentes Comunitários de saúde ou dos Médicos de Família, ou das unidades, postos, centros de saúde que ficam mais perto da população e oferecem os profissionais generalistas. Depois, vêm os serviços de maior complexidade: exames, especialistas, leitos hospitalares para clínica e cirurgia e as clínicas e profissionais mais especializados. Evitar duplicidade de meios, para fins idênticos.
- Epidemiologia: é o estudo das doenças e agravos à saúde de todas as pessoas e deve ser usada para definir quais são as ações e serviços de saúde da população e não apenas a demanda que as pessoas apresentam.
- Autonomia: as pessoas têm direito a preservar, a manter sua decisão em defesa de sua integridade física e moral.
- Informação: as pessoas têm direito à informação sobre os condicionantes e determinantes das doenças, sobre a saúde das pessoas assistidas.



- Participação Da Comunidade: em cada Município, em cada Estado e em Brasília deve haver um Conselho de Saúde com representantes da comunidade para definir o que se deve fazer com o dinheiro público da saúde e controlar, fiscalizar, aquilo que está sendo feito com esse dinheiro. Metade dos conselheiros, por lei, tem que ser sempre da comunidade.

Todos os brasileiros dependem do SUS. Esta é uma questão que é escondida da população. Danosa e, às vezes, dolosamente. Rico e pobre dependem do SUS sem nenhuma possibilidade de alguém dizer: "Nada tenho a ver com o SUS." "Não uso o SUS." "Não dependo do SUS". Tudo isso prova o desconhecimento do que seja o SUS.

O SUS está presente na vida de todos, do nascimento à morte, e mais até, da concepção ao fim da vida. Não sabemos é reconhecer sua influência;sua responsabilidade. Conseqüentemente, não lutamos para que o Governo cumpra sua missão precípua que é a de servir o cidadão e garantir, entre outras coisas, sua saúde através do SUS.

As conquistas do SUS, não obstante suas falhas, são inúmeras, das quais podemos destacar:

- O SUS conseguiu incluir a totalidade dos brasileiros num Sistema de Saúde que antes era privilégio apenas daqueles que tinham carteira assinada e eram segurados da previdência; isso colocou cerca de 70 milhões de brasileiros dentro do conceito de cidadania plena, com direitos e deveres iguais.
- Em relação à epidemiologia das doenças transmissíveis, podemos salientar alguns dados como: erradicação da poliomielite do Brasil (paralisia infantil); baixa da incidência de sarampo, coqueluche, difteria, tétano neonatal e outras; menos mortes e internações de idosos depois da vacinação antigripal; hanseníase: diminuiu a incidência e aumentou a cobertura, com medicamentos para a doença; redução das internações por doença de Chagas; melhora das formas graves de esquistossomose e diminuição da mortalidade da doença; a raiva humana diminuiu.
- Melhora da qualidade do sangue transfundido, com maior controle através do processo de preparo, bem como do controle de doenças por ele potencialmente transmitidas; melhora no enfoque da doença

mental, enfatizando a necessidade de desospitalização, humanização do atendimento e implementação do tratamento ambulatorial.

- Suficiência na produção de vacinas, só advindo falta no mercado quando por um período deixaram de dar apoio aos laboratórios oficiais que produzem estas vacinas;
- Melhora nítida na mortalidade infantil de multicausalidade e que não pode ser creditada unicamente aos serviços do SUS, mas têm neste uma fundamental importância.
- No ponto de vista gerencial, há a experiência descentralizadora da municipalização com centenas de municípios, desde 1994, fazendo toda a administração dos recursos federais para a saúde e muitos outros iniciando este processo, que é o caminho mais curto para se chegar à eficiência e eficácia.
- Criação de mais de cinco mil conselhos de saúde nos municípios e estados, o que representa o fórum de cidadania retornando às mãos do cidadão; o poder de aprovar um plano de saúde adequado a cada município e o de fiscalizar sua execução (Democracia participativa).
- Aumento da produção de serviços de saúde, maximizando os serviços básicos e de atendimento pelos agentes comunitários de saúde e pelos médicos de família, defendidos e praticados com a municipalização. Podemos dizer com segurança que, em meio a todas as dificuldades e faltas, hoje se produzem mais serviços de saúde que há dez anos. Ainda que continuem insuficientes, foi o esforço municipalista que possibilitou esse aumento de serviços.
- O único dinheiro novo substancial que entrou para a saúde nos últimos anos foi o dinheiro dos municípios brasileiros, que passaram a investir mais em saúde, retirando recursos até mesmo de outras áreas para atender a esta de prioridade social. Em segundo lugar, o dos Estados e muito pouco da União.

Essas e outras medidas resultaram num aumento substancial dos serviços de saúde prestados à população a cada ano. Citamos alguns dados de produção do SUS, somatório das atividades das três esferas de governo: União, Estados e Municípios. São apenas os dados de maior relevância ocorridos em 2011. Vão relatados no QD-2.

O SUS garante atendimento de altíssima qualidade, com grande competitividade com o setor privado em uma série de serviços considerados de

QUADRO 9.2

Feitos SUS 2011

Todos os procedimentos em saúde - sus	3,8 bi
Atenção básica (primeiros cuidados)	1,7 bi
Ações de promoção e prevenção (vigilância)	600 mi
Consultas + atendimentos	1,4 bi
Vacinas	105 mi
Atenção de média e alta complexidade (mac)	2,1 bi
Internações	11,1 mi
Internações cirúrgicas 3,3 + obstetrícia 2,1	5,4 mi
Internações clínicas + outras	6,4 mi
Terapia renal substitutiva (97% da oferta)	11,7 mi
Exames bioquímicos – anatomopatológicos	589 mi
IMAGEM: RX (71 mi); TOMO (2,7mi); U. SOM (15 mi) RM (618 mil); Med. Nuclear (380 mil)	90,5 mi
Medicamentos (estratégico/excepcional)	663 mi
Órteses - próteses ambulatoriais	3,5 mi
Fisioterapias	47,4 mi
Saúde bucal	220 mi

excelência e de ponta, mas também é preciso destacar inúmeros pequenos hospitais municipais e filantrópicos do interior que, na sua categoria, são imbatíveis pela técnica e pela humanização no tratamento.

Precisamos entender que o SUS é um sistema público, mas não é um sistema estatal. A Constituição foi clara ao dizer que a responsabilidade de fazer as ações e serviços de saúde deveria ser do público estatal e complementarmente do privado lucrativo ou não, com preferência dos não lucrativos.

A iniquidade geral no Brasil e a iniquidade na alocação de recursos na saúde

Ao pretender estudar a equidade na alocação de recursos para a saúde do brasileiro, temos que refletir que essa iniquidade é praticamente a consequência da iniquidade daquilo que acontece em todos os setores brasileiros.

São vários os indicadores que podem ser tomados para demonstrar essa iniquidade geral: a distribuição de renda entre os cidadãos (média e por faixas proporcionais).

Produto interno bruto (PIB)

Vamos começar pelo estudo das riquezas do Brasil, anunciado hoje como a 5ª potência econômica mundial. Uma previsão para 2012-2013, em dólares internacionais, mostrada nos dados abaixo (QD-3) evidenciam essa relação com outros países do mundo, do oriente e do ocidente. Em 2010, ainda estaávamos ocupando a 7ª. posição internacional. Entretanto, no quadro podemos ver algumas evidências. Em primeiro lugar, ao analisar o volume de bens e serviços produzidos em 2010, vamos deparar com um agravante a mais. O alto índice do PIB pode não significar muito. Temos dois países com PIBs acima de 10 trilhões: USA e CHINA, que no momento de dividir s riquezas pela sua gente imediatamente fazem um corte de iniquidade, onde USA vai a 7º lugar (existem países menores em PIB e com menos população, pois de pequeno porte). Já a China, o segundo em PIB absoluto, quando se o divide pela população vai a 93º lugar na ordem. O PIB per capita chinês é cinco vezes menor que o dos USA. Vamos ter não apenas uma piora absoluta na média que pode esconder, como esconde, mas uma má distribuição interna dessas riquezas.

O Brasil que ocupa a 7ª posição do PIB e da mesma maneira, pelo imenso de sua população, acaba amargando no PIB per capita a 76ª posição. Mesmo sendo em 2010 a 7ª potência econômica, distancia-se do primeiro lugar, os USA, em 4 vezes menos e do 2º lugar, CHINA, em 2,5 vezes menos.

Não cessam aí as iniquidades que estão apenas no seu primeiro paradigma, o PIB total, levado ao individual do per capita de sua população.

Podemos agora analisar a distribuição do PIB pelas regiões brasileiras (QD-4) Os dados de 2009 mostram a diferença brutal entre as regiões ao se computar o PIB nominal total. A variação é de R$1,8 tri de São Paulo e R$163,208 bi da Região Norte.

O que preocupa em todas as situações, mas de forma mais impactante na área de saúde, é o PIB per capita, em que o da Região Sudeste é da ordem de R$22.147 e o da Região Nordeste de R$8.168 ou seja, quase 27% ou 2,7 vezes menor. Num mesmo país, num mesmo continente!

QUADRO 9.3

PIB Países (Dólar americano e dólar PPC - FMI - 2010)

Ordem	PC EM R$1000	PAÍSES	US$ TRI PPC	ORDEM
		MUNDO	78,9	---
		U. EUROPÉIA	15,8	---
7	48,4	USA	15,1	1
93	8,4	CHINA	11,3	2
128	3,7	ÍNDIA	4,5	3
25	34,8	JAPÃO	4,4	4
18	37,9	ALEMANHA	3,1	5
54	16,7	RÚSSIA	2,4	6
76	11,8	BRASIL	2,3	7
23	36,1	R.UNIDO	2,2	8
24	35,2	FRANÇA	2,2	9
30	30,4	ITÁLIA	1,8	10
64	14,6	MÉXICO	1,7	11
26	31,7	CORÉIA SUL	1,6	12
29	30,6	ESPANHA	1,4	13
13	40,5	CANADÁ	1,4	14
121	4,7	INDONÉSIA	1,1	15

Se formos analisar o Estado de São Paulo que tem o maior PIB como Estado, o PIB per capita chega a R$ 26.440 e, de outro lado, o estado que tem o menor PIB é o Amapá, com um PIB per capita de R$ 13.549,49.

Se incluirmos o Distrito Federal e analisarmos exclusivamente o PIB per capita, este chega a R$ 50 mil e os menores não ultrapassam R$ 6 mil, como os dos estados de Piauí (R$6.051) Maranhão (R$6.259) e Alagoas com R$6. 728. Assim, temos brasileiros do Piauí vivendo com uma renda per capita 8 vezes menor. Lembremo-nos de que estes dados correspondem a valor médio, o que está longe de representar as realidades individuais, piores que estas em seus extremos.

O Gráfico abaixo demonstra nitidamente dois grupos distintos de regiões brasileiras. De um lado, com melhor renda per capita, sudeste, centro-oeste e sul. De outro, com pior renda per capita: norte e nordeste, com predominância daquele sobre este.

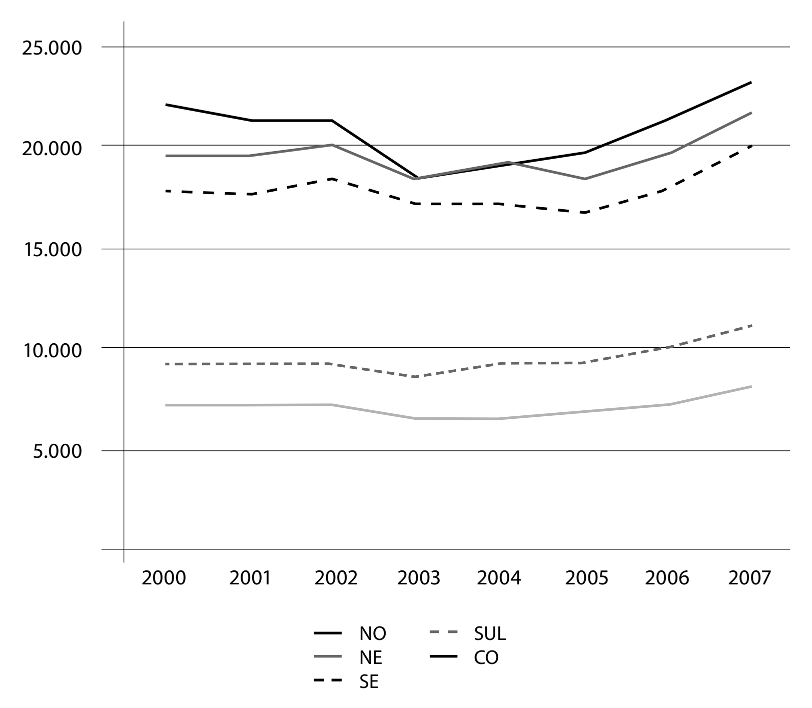
QUADRO 9.4

PIB Nominal EPC – Regiões – BR – 2009

Regiões	POPULAÇÃO	PIB R$ MI	PIB-PC R$
Norte	15.385.707	163.208,00	10.608
Nordeste	53.591.197	437.720,00	8.168
Sudeste	80.915.332	1.792.049,00	22.147
Sul	27.719.118	535.662,00	19.325
Centro-Oeste	13.895.375	310.765,00	22.365
total	191.506.729	3.239.404	16.915

GRÁFICO 9.1

Renda per cápita – Regiões BR 2000-2007



Para concluir esta análise da iniquidade usando como dado o PIB, é preciso fazer a análise mais realista que é a da distribuição dos valores per capita por faixas, o que resulta em dados mais iníquos ainda. Periodicamente o IBGE faz uma pesquisa detalhada sobre o orçamento familiar (POF). A última delas é de 2008/2009.

Os dados do QD-5 mostram suficientemente essas disparidades: 40% das famílias de menor renda ganham dez vezes menos que os 10% dos de maior renda.

O 1% dos mais ricos ficam com cerca de 20% da renda brasileira e, os 10% mais ricos, com 43%. De outro lado, os 50% mais pobres ficam com apenas 15% da renda.

O que redobra a esperança é que o número absoluto dos miseráveis vem diminuindo nos últimos 40 anos, bem como em números percentuais. O mesmo se dá em relação aos indigentes-miseráveis. Segundo conceito do IBGE, pobre é aquele que vive com até meio salário mínimo de renda e miserável aquele que vive com até um quarto do salário mínimo.

QUADRO 9.5

Distribuição de renda das famílias – pof-2008/2009

40% das famílias entre as de menor renda
Média = R$ 296,35
10% das familia de maior renda
Média R$ 2.844,56

Distribuição de renda em 2008 (ipea) 1 % + ricos :19,6 % renda 10 % + ricos : 43,21 % renda 50 % + pobres com 15 % renda
Renda domiciliar por habitante mensal 10 % mais pobres : R$64 10 % mais ricos : R $ 2.859
Pobreza 1976 : 50 mi(48%) 2005 : 55 mi (31%) 2008 : 41 mi (23%)
Indigência 1976 : 24 mi (23%) 2005 : 21 mi (11%) 2008 : 14 mi (8%)
Índice gini (melhor zero= sem desigualdade) : 1976 : 0,62 2005 : 0,57 2008 : 0,55

Renúncia fiscal

A renúncia fiscal sempre será um precursor de iniquidades gerais, pois favorece sempre mais os que mais têm. Vamos trabalhar aqui apenas com a renúncia fiscal na área de saúde. A renúncia fiscal em saúde tem cinco componentes: a que existe no imposto de renda de pessoas físicas e pessoas jurídicas; a existente em medicamentos; aquela em filantropia; a ainda a relacionada a produtos químicos e farmacêuticos.

QUADRO 9.6

Renúncia fiscal Saúde Brasil 2005/11 R$ BI

2005	5,0
2006	5,9
2007	7,7
2008	8,9
2009	12,6
2010	12,4
2011	13,5

O total da renúncia fiscal estimada, e ainda não apurada, para 2011 foi de R$ 13,5 bi. Já o detalhamento dessa renúncia a cada ano se repete em 2010 – QD-7. A grande fonte de renúncia fiscal é a dedução em relação ao imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas. Todo o gasto com imposto de renda relativo ao pagamento de planos de saúde, seguros de saúde e gastos privados com saúde sofre um abatimento, que é descontado do pagamento final.

O mesmo acontece em relação a produtos químicos e farmacêuticos, bem como com a produção de medicamentos que têm renúncia fiscal federal na sua produção. Outra renúncia fiscal presente na Constituição Federal é aquela concedida às entidades filantrópicas prestadoras de serviços de saúde. Além de beneficiarem as entidades prestadoras de serviços para o SUS, também o fazem para os serviços vendidos a planos, seguros e à clientela pagante.

Onde estaria a iniquidade na renúncia fiscal? Ela favorece mais justamente aos que mais têm e que desembolsam mais recursos com planos, seguros, medicamentos etc.

QUADRO 9.7

Renúncia fiscal Saúde Brasil estimada para 2010 R$ BI

IRPF R$ 3,3
IRPJ R$ 3,0
TOTAL IR: 6,3
PRODUTOS QUÍMICO
FARMACÊUTICOS R$ 1,0
ENTIDADES SAÚDE
SEM FINS LUCRATIVOS R$ 2,6
MEDICAMENTOS R$ 2,5
TOTAL: R$ 12,4

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

O IDH é outro indicador universalmente utilizado, que tem suas vantagens e desvantagens. Ele, como o nome indica, tenta demonstrar o Índice de Desenvolvimento Humano.

Baseia-se em três parâmetros: educação, renda, longevidade. Os parâmetros usados são: Renda Nacional Bruta em dólar, pela Paridade de Poder de Compra, numa variação entre 163 e 118.211; o conhecimento é medido pela média de anos de escolaridade de adultos e que varia entre 0 e 13,2 anos de estudo. A longevidade é medida pela esperança média de vida ao nascer numa variação entre 20-83,2 anos de vida.

A análise desses três fatores leva ao paradigma do IDH que é considerado muito elevado quando entre 0,800 a 1; elevado entre 0,700 e 0,799; médio entre 0,500-0,699 e baixo entre 0,000 e 0,499.

No QD 9 – podemos ver alguns valores de IDH de vários países a começar pelos mais desenvolvidos e de renda alta. Em primeiro lugar, Noruega e logo a seguir a Austrália, com a diferença de apenas 1 milésimo. O Brasil lá está em 73º lugar, com 0,699 de IDH, acima da média mundo de 0,624.

O QD 10 traz a distribuição do IDH por regiões brasileiras como indicador da iniquidade interna do país. Os dados do QD- 10 guardam uma divergência do QD-9, atribuível a 2010 pelo PNUD. Os dados, também do PNUD, mostram valores totalmente divergentes destes desde o ano de 2004 a 2007.

QUADRO 9.8

IDH comparado 2009/2007 Critérios 2010

REGIÃO	2010/2009	2010/2007
IDH MUITO ELEVADO		
Ocde desenvolvida	0,879	0.876
Idh muito elevado	0,878	0,875
Não - ocde desenvolvido	0,844	0,84
IDH ELEVADO		
Idh elevado	0,717	0,712
América latina e caribe	0,704	0,699
Europa e ásia central	0,702	0,698
IDH MÉDIO		
Ásia e pacífico	0,643	0,636
Mundo	0,624	0,619
Idh médio	0,592	0,586
Mundo árabe	0,588	0,583
Ásia meridional	0,516	0,51
IDH BAIXO		
África subsaariana	0,389	0,384
Países subdesenvolvidos	0,386	0,382

QUADRO 9.9

IDH – Mundo 2010

Classificação	PAÍSES	IDH-2010
1	Noruega	0,938
2	Austrália	0,937
3	Nova zelândia	0,907
4	Usa	0,902
5	Irlanda	0,895
6	Liechtenstein	0,891
7	Holanda	0,890
8	Canadá	0,888
73	Brasil	0,699
168	Congo	0,239
169	Zimbaue	0,352
---	Mundo	0,624

QUADRO 9.10

IDH – Regiões – Brasil – 2004-2007

REG.	2004	2005	2006	2007
SUL	0,825	0,829	0,837	0,850
SE	0,817	0,824	0,835	0,847
CO	0,809	0,815	0,824	0,838
NO	0,755	0,764	0,772	0,787
NE	0,713	0,720	0,733	0,749

Em 2007, a região sul estava à frente com 0,850, seguido da sudeste com 0,847, centro-oeste com 0,838; norte com 0,787 e finalmente nordeste com 0,749. Nada não muito diferente do esperado, quando as regiões sul e sudeste se aproximam e a região nordeste fica distanciada a menor.

Uma conclusão importante e que deverá ser lembrada ao concluir sobre a iniquidade é que o vetor de crescimento do IDH é no sentido ascendente entre os anos de 2004-2007 (QD-10).

Alocação de recursos federais para estados e municípios

A história da transferência de recursos federais para a saúde nos tempos pré-constitucionais e depois é longa e diversificada. As maneiras de transferências foram as seguintes:

- Entre 1983-1990 (AIS – Ações Integradas de Saúde; SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde) – Transferência global com base no histórico de produção de serviços.
- Entre 1991-1994 (SUS – Sistema Único de Saúde – Transferência individualizada, por produção.
- Entre 1994-1997 (SUS – NOB: Norma Operacional Básica 1993) Transferência global por competências e responsabilidades.
- Entre 1998-2006-(SUS – NOB-1996 e NOAS Norma Operacional de Assistência à Saúde) – Transferência por incentivos para cada procedimento, chegando ao total de 130 incentivos.
- Entre 2007-2012 – (SUS – Pacto pela Saúde) Transferência por blocos de financiamento em número de cinco e depois seis, onde estão incluídos todos aqueles incentivos e mais outros que surgiram depois.

No Brasil, os recursos das três esferas de governo para desenvolver ações e serviços públicos de saúde são arrecadados pela esfera federal para dar cobertura a estados e municípios. Estes devem apartar parte de sua arrecadação própria e destiná-la à saúde, mas nada pode arrecadar de específico. Nem impostos, nem contribuições, mas apenas as taxas próprias, por lei, de cada esfera de governo.

Se a União é a única arrecadadora e as três esferas têm competência executora, obrigatoriamente a União precisa fazer transferências para as duas outras esferas. Assim está definido na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional.

Entre 1990 e 2012, as regras de transferência estavam nas Leis 8080 e na 8142. Metade dos recursos federais deveriam ser transferidos aos municípios e aos estados sob critério exclusivamente populacional, mediante simples divisão do valor disponível pela população. Os outros 50% deveriam ser alocados pela combinação dos seguintes critérios: perfil demográfico e epidemiológico, tamanho da rede, serviços prestados, gasto com saúde , ressarcimento a serviços prestados a outras esferas de governo. A Lei 8142 dizia que enquanto não fossem combinados esses critérios, o

QUADRO 9.11

Critérios de transferência de recursos federais a minicípios

SUS legal = virtual	SUS ilegal = real
Lei 8080. Art. 35 – em vigor 50% coeficiente populacional 50% pelos critérios: 1. Perfil demográfico - região 2. Perfil epidemiológico 3. Características quali-quantitativas da rede 4. Desempenho ano anterior: tecno-economo–financeiro 5. % saúde nos orçamentos 6. Previsão plano investimento 7. Ressarcimento serviços prestados a outra esfera + emendas parlamentares Adct-77 – 15% dos recursos do ministério da saúde deverão ser transferidos per capita aos municípios para a atenção básica	Descumprido!!! 1989-1993 – nobs-1991-1992 produção 1994-1997 – nob-1993 Competências, responsabilidades e habilitação 1998- 2006 Caixinhas – chegaram a 135 2006 em diante por blocos (todas as caixinhas escondidas lá dentro) Convênios: vontade política + rapidez de entrega de projetos



total dos recursos deveria ser transferido exclusivamente pelo coeficiente populacional.

Regra é regra e nunca foi cumprida nos últimos 22 anos de sua vigência. Dez anos depois, surgiu Emenda Constitucional 29 (EC-29) que determinou que no mínimo 15% do orçamento do Ministério da Saúde devesse ser transferido aos municípios, através de um cálculo per capita, para atenção básica a saúde.

Infelizmente, neste país as regras são cumpridas conforme a conveniência de quem tem poder de assim fazê-lo. A União desobedeceu leis e a própria Constituição e absolutamente nada aconteceu.

Assim, de regras ilegais a outras igualmente ilegais, a partir de 2006 surgiu uma novidade na alocação de recursos da União para Estados e Municípios. A nova sistemática em funcionamento até agora, em 2012, é a do Pacto pela Saúde. Nele pretendeu-se sair das cerca de 130 maneiras de transferir recursos para Estados e Municípios, para apenas cinco blocos de financiamento.

Os cinco blocos são: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância à Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão e, depois de alguns anos, acrescentou-se o bloco de Investimentos. QD-12

QUADRO 9.12

A iniquidade real/ilegal da transferência de recursos federais para estados e municípios

BLOCOS DE FINANCIAMENTO
BÁSICO Pab-fixo legal inicialmente por igualdade Pab variável por acordo vontades
VIGILÂNCIA A SAÚDE Parte per capita + acordo vontade
MAC- MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE Iniquidade de favorecer capacidade instalada (oferta) e não necessidade
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA Básico por igualdade Estratégico por necessidade Excepcional por demanda
GESTÃO Segundo capacidade
INVESTIMENTO Parte conforme inscrição e parte conforme emenda parlamentar ou escolha ms



No QD-13 encontra-se a distribuição dos recursos de cada bloco no ano de 2001 e 2011, em números absolutos, a proporção entre eles e o crescimento nesses anos. Podemos comemorar que o perfil dessas despesas está mudando. Normalmente, o maior crescimento se dá nas despesas com ações de média e alta complexidade.. Enquanto a Atenção Básica cresceu, em valores absolutos, 292%, as despesas com amédia e alta complexidade cresceram 193%. Também a superaram a vigilância à saúde e assistência farmacêutica, que são valores relativamente pequenos.

QUADRO 9.13

Brasil – Gasto por bloco – 2001-2011 R$ BI

QD-13

Brasil – Gasto por bloco - 2001-2011 R$BI

	2001		2011		
BLOCO	R$ bi	%	R$ bi	%	>11/01 %
A. Básica	3,003	19	11,772	22	292
Mac	11,347	71	33,295	63	193
Vig. Saúde	0,686	4	2,771	5	304
A. Farmac.	1,027	6	4,083	8	298
TOTAL	16,063	100	51,921	99	223

Distribuição regional de recursos

O financiamento da Saúde, como manda a Constituição, é responsabilidade das três esferas de governo, sendo que, como vimos acima, em 2010 a União foi responsável por 45% do financiamento, os Estados por 27% e os Municípios por 28%. A iniquidade entre regiões e estados brasileiros em relação ao PIB já vista por nós, repercute na arrecadação dos recursos e consequentemente na alocação de recursos para a saúde.

Vamos às transferências federais para a saúde. Sempre a alocação de maior valor está concentrada em estados mais ricos.

Os recursos federais são transferidos em dois grandes grupos: ambulatorial e hospitalar. O MS transfere recursos segundo um teto pré-estabelecido, baseado em capacidade de produção de serviços. Lógico que as regiões mais ricas produzem mais e produzem em maior quantidade os procedimentos de mais complexidade e de maior valor.

Observemos o QD-14, que trata do valor médio de procedimentos ambulatoriais. Nas regiões mais pobres, em 1995, a média do custo de seus procedimentos ambulatoriais se situava entre R$2 e R$2,5. Tais valores, em 2009, subiram para R$3 e 3,8. São valores situados abaixo da inflação e, se considerarmos melhor, ao que parece, sem introdução de procedimentos e equipamentos mais complexos.

Já as regiões sul e sudeste tiveram em 1995, respectivamente valores 59% maiores que os da região norte. No sudeste, em 2009, R$4,6 e, no sul, R$4,8.

QUADRO 9.14

Valor médio de procedimentos ambulatoriais no Brasil (1995-2010)

Região	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
BR	2,7	2,7	2,8	3,2	3,5	3,6	2,9	3	3,4	3,9	4,1	4	3,9	4,1	4,3
NO	2	2,1	2,2	2,5	2,6	2,7	2,1	2,3	2,5	3	3,1	3,1	3	3	3
NE	2,5	2,5	2,6	2,8	3	3,1	2,4	2,5	2,8	3,4	3,5	3,4	3,5	3,6	3,8
SE	3	3	3,2	3,6	3,8	4	3,2	3,4	3,8	4,4	4,5	4,5	4,3	4,3	4,6
SUL	2,5	2,6	2,7	3,2	3,7	3,8	3,1	3,2	3,8	4,2	4,4	4,4	4,3	4,6	4,8
CO	2,4	2,5	2,6	2,8	3,2	3,2	2,6	2,6	3	3,5	3,6	3,8	3,7	4,3	4,3
% >/<	26	23	22	32	43	42	45	41	47	38	43	45	45	55	59

O QD-15 trata do valor médio das internações em uma série histórica entre 1995 e 2009. As regiões mais pobres, em 1995, tiveram a média do custo de seus procedimentos ambulatoriais entre R$153 e R$201. Esses valores, em 2009, subiram para R$612 e R$724. Da mesma forma, são valores abaixo da inflação e se considerarmos melhor, ao que parece, sem introdução de procedimentos e equipamentos mais complexos. Ainda que tenham se elevado proporcionalmente mais que os procedimentos ambulatoriais, ainda ficam abaixo da média Brasil no período, que é de R$880.

Já as regiões sul e sudeste tiveram, em 1995, respectivamente, valores 68% maiores que os da região norte, os de mais baixo valor. Na região sudeste e sul os valores em 2009 são respectivamente muito maiores (R$1.004 no sudeste e R$ 1.026 no sul).

QUADRO 9.15

Valor médio de internações - Brasil - 1995-2009

Região	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
BR	240	254	260	311	381	393	417	442	485	551	587	597	649	746	880
NO	153	162	166	203	246	280	295	309	341	392	416	430	463	533	612
NE	201	209	213	255	307	325	342	360	397	457	492	500	542	620	724
SE	267	287	294	355	444	452	480	508	552	625	662	677	735	841	1004
SUL	277	289	293	353	433	437	470	512	571	645	684	691	754	881	1026
CO	247	257	260	305	354	372	389	405	437	493	530	536	584	668	801
% >/<	81	78	76	74	76	56	59	66	68	65	64	61	63	65	68

Olhando-se os recursos alocados pela União aos Estados e regiões, percebe –se que as regiões mais ricas do Brasil (sul e sudeste) consomem mais serviços de saúde e de maior custo que as regiões mais pobres (norte e nordeste).

Se entrarmos nos detalhes das transferências estaduais de 2010, estado a estado, teremos mais surpresas. No QD 16 são tomados dois valores federais: a transferência direta de recursos e os valores correspondentes à cessão de pessoal do antigo INAMPS para estados e municípios, cujos salários representam os valores do QD 16.

A média Brasil foi de R$238 per capita (PC) de transferências federais. O menor valor PC é o do Acre com R$120, seguido de Sergipe com R$175 e Pará com R$181. De outro lado, na mesma região norte, os estado com maior PC são Rondônia, com R$461 e o Tocantins, com R$317.

A transferência federal por região, no ano de 2010, faz uma sequência um pouco estranha, na seguinte sequência: Nordeste, R$256; Sul, R$239; Centro-Oeste,R$226; Norte, R$210; Sudeste, R$175 de valor PC dos recursos alocados pela União (Governo Federal).

* * *

QUADRO 9.16

Transferências federais (RH incluso) - Nº absoluto/PC -RG-EST.- BR-2010

	POP 2010 IBGE-TCU	TOTAL RECURSOS	PC	RH CEDIDO EST.MUN	PC	TOTAL PC
BR	190.732.694	45.049.268.069	236	267.082.944	1	238
NO	15.865.678	3.296.946.749	208	27.817.058	2	210
AC	1.560.501	185.246.440	119	1.448.163	1	120
RO	732.793	331.622.294	453	6.444.305	9	461
AM	3.480.937	705.579.144	203	4.018.009	1	204
RR	451.227	118.022.691	262	764.787	2	263
PA	7.588.078	1.364.103.247	180	11.759.212	2	181
AP	668.689	156.312.972	234	1.118.576	2	235
TO	1.383.453	436.059.962	315	2.264.008	2	317
NE	53.078.137	13.488.483.520	254	97.048.059	2	256
MA	6.569.683	1.389.324.451	211	15.828.855	2	214
PI	3.119.015	781.731.670	251	4.593.533	1	252
CE	8.448.055	2.020.230.713	239	15.893.523	2	241
RN	3.168.133	927.352.875	293	5.376.142	2	294
PB	3.766.834	989.051.000	263	9.724.770	3	265
PE	8.796.032	2.408.282.952	274	17.439.102	2	276
AL	3.120.922	806.533.379	258	5.600.195	2	260
BA	14.021.432	3.621.379.844	258	19.138.247	1	260
SE	2.068.031	544.596.636	263	3.453.692	2	265
SE	80.353.724	13.976.788.555	174	105.738.310	1	175
MG	19.595.309	4.590.776.540	234	16.013.410	1	235
ES	3.512.672	771.875.330	220	3.614.369	1	221
RJ	15.993.583	3.522.923.278	220	64.268.208	4	224
SP	41.252.160	9.681.989.947	235	21.842.323	1	235
SUL	27.384.815	6.538.565.570	239	15.680.542	1	239
PR	10.439.601	2.554.921.377	245	4.427.632	0	245
SC	6.249.682	1.448.698.790	232	4.055.238	1	232
RS	10.695.532	2.534.945.403	237	7.197.671	1	238
CO	14.050.340	3.157.707.135	225	20.487.172	1	226
MS	2.449.341	666.251.412	272	3.188.916	1	273
MT	3.033.991	663.022.958	219	2.548.532	1	219
GO	6.004.045	1.276.096.668	213	9.062.675	2	214
DF	2.562.963	552.336.096	216	5.687.050	2	218

OBS : Hospitais federais no RJ gastaram 2010 = 820 MI - NUM PC A MAIS DE 51,27 ; totalizando R$ 276,56 PC; O RS tem hospitais federais GHC -52 BI divididos PC R$4,85 que somado daria R$242,53 PC



Os estudos acima têm intenção de mostrar algumas evidências:

A primeira questão a ser respondida foi sobre o Sistema de Saúde brasileiro em que se mostraram suas bases legais. O Brasil tem uma legislação excelente para a saúde, contemplando a equidade na alocação de recursos entre as várias regiões e estados brasileiros, mediante critérios abrangentes e variados.

Em segundo lugar, tentou-se demonstrar que a iniquidade de alocação de recursos para a saúde acompanha a iniquidade de alocação de recursos em geral pelas regiões e seus estados. A iniquidade na alocação de recursos federais se deve ao viés histórico em que a maioria dos recursos federais eram transferidos conforme a oferta e produção de serviços e não como a necessidade de saúde da população.

Procurou-se demonstrar a alocação de recursos de saúde por regiões e estados. Considerando a evidência acima, temos que identificar que a iniquidade na alocação de recursos na saúde é consequência lógica da iniquidade prévia existente no país entre suas várias regiões, conforme demonstrado pelo PIB, Renúncia Fiscal, IDH.

Existem, na verdade, um SUS legal que se tornou virtual, e um SUS ilegal que acaba sendo o real. Cabe aqui, em conclusão, analisar se a perspectiva histórica é de aprofundamento desta iniquidade ou se já se vislumbra uma tendência à diminuição.

O QD-17 consegue mostrar uma evidência de melhora da iniquidade da alocação de recursos federais. Nela compara-se o PC de 1997 de transferências federais deflacionadas a cada estado com o PC de 2008. Em seguida, mostra-se qual foi o crescimento percentual entre 1997 e 2008. O crescimento médio do Brasil foi de 38% neste período. O crescimento regional, exceto da região sudeste (19%) e da região sul (30%) foi maior que a média Brasil: centro oeste (43%); nordeste (68%) e norte (111%). Entre os estados, aqueles que menos cresceram foram o DF (13%) e MG (16%).

Todos os estados das regiões mais pobres, que são oNorte e o Nordeste tiveram ganho acima da média Brasil (38%); já nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, dos 12 estados que as compõem,, oito tiveram a média de crescimento abaixo da média Brasil.

A prova mais evidente da iniquidade na alocação de recursos federais é que mesmo a região norte, sendo s a primeira em crescimento do PC, com 111% (1997-2008), é o menor PC em 2008 –R$169 e a região sul com maior PC, R$197.

QUADRO 17

PC/Ano Em reais 1997 (Corrigido AGPM a 12/2008) e de 2008

UF	PC-97	PC-08	>%
BR	134	185	38
NO	80	169	111
RO	100	175	75
AC	63	204	224
AM	69	168	145
RR	83	193	133
PA	80	154	92
AP	57	187	227
TO	94	214	127
NE	112	187	68
MA	114	184	61
PI	126	206	64
CE	123	186	51
RN	123	199	62
PB	117	204	74
PE	132	183	39
AL	106	187	77
SE	97	205	111
BA	89	177	100

PC/Ano Em reais 1997 (Corrigido AGPM a 12/2008) e de 2008			
CRESC.% 97-08			
UF	PC-97	PC-08	>%
SE	154	184	19
MG	154	179	16
ES	100	175	75
RJ	146	174	19
SP	160	191	19
SUL	152	197	30
PR	160	193	21
SC	132	203	54
RS	154	197	28
CO	123	176	43
MS	137	211	54
MT	123	189	54
GO	114	170	49
DF	129	145	13

Mesmo havendo ganho para a região norte bem superior às demais, ainda é ela quem tem o menor PC. Imagina-se como era a distorção antes de 1997, quando a região norte tinha um PC de R$80 e a região Sudeste, R$154.

O gráfico abaixo demonstra os dados do QD 17 de forma bem clara. Onde estão, por região, os três dados mais importantes: o PC de 1997, o de 2008 e o percentual de crescimento entre um e outro. Os dados da região norte mostram esta virada de uma situação de extrema iniquidade de alocação de recursos federais, para uma situação ainda iníqua, mas melhorada.ráfico 2]

Tem-se que trabalhar neste momento com a idéia de cumprir a legislação de saúde quanto à alocação de recursos e, só após essa tentativa,

buscar mudanças, se porventura necessárias. Aí não por conveniência, mas por evidência.

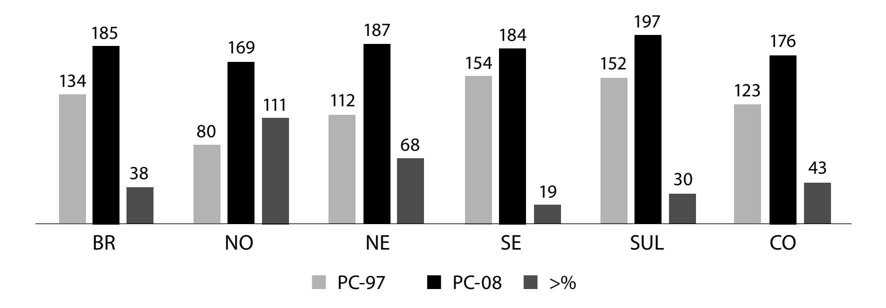
Uma esperança existe: o Brasil vem melhorando as suas iniquidades gerais e seus indicadores . A saúde vem alocando recursos mais equitativamente, mas, ainda longe de atender às necessidades de saúde da população.

Os problemas da saúde na conjuntura 2010 podem ser sintetizados em duas vertentes: a insuficiência de recursos e a ineficiência em seu uso. Tem-se pouco dinheiro e gasta-se mal o pouco que se tem. Existem problemas de várias ordens dentro dessas duas variáveis.

Tenho sintetizado as saídas para a saúde no Brasil, incluindo o financiamento, em cinco tópicos. Denominei esta abordagem, didaticamente como Lei Dos Cinco Mais: Mais Brasil, Mais Modelo Saúde-Sus, Mais Eficiência, Mais Honestidade E Mais Recursos Financeiros.

GRÁFICO 9.2

Transferências federais a regiões 1997-2008 e crescimento%



CHAPITRE 10

La démarche du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE)

Robert Salois

Le Québec se dotait en 2006 d'un acteur indépendant et permanent dont le mandat était de rendre compte des résultats atteints par le système de santé et de services sociaux : le CSBE. Cette fonction a été instaurée par une loi, adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec. Il diffuse, sur une base régulière et le plus largement possible, une information juste concernant la performance du système de santé et de services sociaux. Il ne se place pas en juge, en vérificateur ou en accusateur. Il cherche plutôt à animer une prise de conscience générale à propos des améliorations à apporter au système de santé et de services sociaux québécois. Son approche de travail se distingue par le fait qu'elle repose sur l'engagement, le dialogue et la collaboration des acteurs de la société québécoise, en plaçant la participation citoyenne au cœur de sa démarche. Cette façon de faire du CSBE favorise la rencontre de tous les savoirs au moyen de la consultation, de la recension de la littérature et de l'analyse d'indicateurs. Le travail et la collaboration interdisciplinaires occupent une place importante au sein de l'équipe du CSBE.

La mission et les fonctions du Commissaire

Le CSBE a pour mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécois.



En vertu de sa loi constitutive, le CSBE a quatre principales fonctions étroitement liées :

- Apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux. Pour ce faire, il se penche sur la façon dont le système de santé et de services sociaux est structuré, sur les ressources dont il dispose, sur les services qu'il rend et sur les résultats qu'il obtient, en plus d'être sensible au contexte dans lequel il évolue. Le CSBE étudie également les aspects éthiques des enjeux qui émergent dans le domaine de la santé et du bien-être ;
- Consulter les citoyens, les experts et les acteurs du système de santé et de services sociaux. Le CSBE travaille avec le Forum de consultation, qui est constitué de citoyens venant de chacune des régions du Québec ainsi que d'experts. Il peut aussi procéder à divers types de consultation, dont des audiences publiques ;
- Informer le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'Assemblée nationale et les citoyens québécois sur la performance du système de santé et de services sociaux, les changements proposés afin de l'améliorer et les enjeux qui touchent le domaine de la santé et du bien-être ;
- Recommander au ministre des changements qui doivent permettre, entre autres, d'accroître la performance globale du système. Le CSBE évalue les enjeux et les implications de ses propositions, ainsi que leurs conséquences réelles et potentielles, tout en considérant l'intérêt public.

Pour remplir ces fonctions, on a investi le CSBE de différents pouvoirs : il peut effectuer des études, des enquêtes et des consultations ; tenir des audiences publiques et réaliser des sondages ; entendre des requêtes et solliciter des opinions. Dans certains cas, il peut aussi requérir la collaboration du ministre ou d'organismes relevant du ministre, comme la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), afin de lui fournir une expertise, une analyse, un avis ou une opinion, ce qui inclut des données de toute nature.

Le CSBE est devenu un acteur incontournable en raison notamment de son appréciation annuelle de la performance du système de santé et de services sociaux. Tous les ans, il aborde dans son rapport le système de santé et de services sociaux selon un thème particulier lié aux différentes

étapes de la vie[1] : première ligne de soins chroniques (avril 2009), maladies (mai 2010), périnatalité et petite enfance (février 2011), santé mentale (2012), médicaments (2013), performance du système de santé et de services sociaux québécois (2015) et enfin les résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund (2016).

La démarche de consultation du Commissaire

Afin de répondre à son mandat d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux et de formuler des recommandations, le CSBE a conçu une approche unique et novatrice, notamment en matière de consultation. Il s'agit d'une approche globale et intégrée, qui ajoute aux traditionnels indicateurs et données probantes un nouvel aspect, pour mieux orienter la décision politique. Cette démarche conjugue en effet trois sources de connaissances[2] interreliées, car chaque groupe consulté détient des connaissances complémentaires à celles des autres : les connaissances citoyennes, les connaissances scientifiques et les connaissances organisationnelles. Pour alimenter ces sources de connaissances, le CSBE exploite différents modes de consultation, ce qui lui permet d'approfondir ses réflexions sur la performance du système de santé et de services sociaux.

Dans cette optique, le CSBE s'enquiert d'une perspective citoyenne par l'entremise des membres de son Forum de consultation, qui délibèrent sur les sujets qui leur sont soumis. C'est ainsi qu'il a accès à une nouvelle source de connaissances, les *connaissances citoyennes*, qui sont principalement issues de ces citoyens. Les délibérations du Forum visent, d'une part, à déterminer les valeurs qui sous-tendent leurs préoccupations et leurs positions communes par rapport aux sujets soumis et, d'autre part, à cibler des enjeux et des éléments qui doivent, selon eux, être pris en considération dans le cadre des décisions gouvernementales en ce qui concerne certaines propositions d'action.

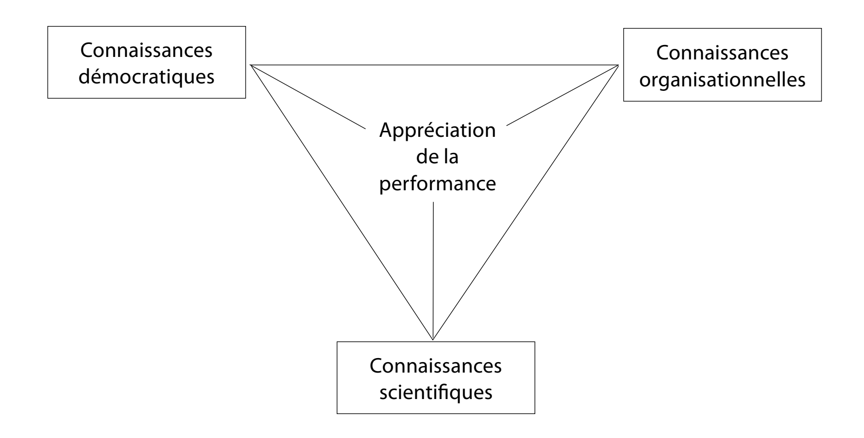
1. Selon sa loi constitutive, le CSBE doit déposer au ministre de la Santé et des Services sociaux, au plus tard le 31 octobre de chaque année, un rapport qui fait état de la performance globale du système de santé et de services sociaux, des changements qu'il propose afin d'en améliorer notamment l'efficacité ou l'efficience, de même que des enjeux et des implications de ses propositions.

2. Le terme « connaissances démocratiques » fait référence aux savoirs développés par les citoyens.



FIGURE 10.1

Les trois sources de connaissances



Par la consultation d'experts et de chercheurs qui évoluent dans le secteur ciblé, le CSBE documente l'état de la situation des soins et services grâce aux *connaissances scientifiques*, c'est-à-dire grâce aux nombreuses recherches et études effectuées dans le domaine. En se fondant sur ces connaissances, le CSBE tente de trouver des façons d'accroître la performance du système de santé et de services sociaux.

Enfin, le CSBE fait appel à des décideurs[3] issus de milieux diversifiés pour intégrer les réalités cliniques et administratives du terrain, ce qui apporte des *connaissances organisationnelles* à sa réflexion sur la performance du système. Ce type de consultation permet d'examiner les moyens dont dispose le système ainsi que les facteurs organisationnels qui influencent la performance des différentes régions du Québec. Cette étape aide aussi le CSBE à se prononcer sur la faisabilité[4] des actions proposées, toujours dans une perspective d'amélioration de la performance.

Les résultats de chacune des étapes de consultation peuvent servir de point de départ aux autres. Les objectifs et les questions posées ne sont pas les mêmes pour tous les groupes consultés. Tout au long du processus, une importance particulière est accordée aux éléments qui font consensus.

3. On entend par « décideurs » les personnes qui prennent des décisions en matière de pratique clinique, de gestion de ressources ou de grandes orientations gouvernementales.

4. La faisabilité des actions fait référence ici à la détermination des aspects et des enjeux importants à considérer en ce qui concerne la capacité à implanter les actions, et non à un engagement à les implanter.

Le Forum de consultation

Formé de 27 membres mandatés pour une période de trois ans, le Forum de consultation est une instance délibérative permanente qui apporte un éclairage citoyen et démocratique à la démarche du CSBE. Il est constitué de 18 citoyens qui viennent de chacune des régions du Québec et de 9 citoyens qui possèdent une expertise particulière en lien avec le domaine de la santé et des services sociaux (médecin, infirmière, travailleur social, expert en éthique, etc.). Le Forum a pour mandat de fournir son point de vue au CSBE sur diverses questions que celui-ci lui soumet dans le contexte de ses travaux.

Grâce à l'information dont ils disposent, ainsi qu'à leurs propres valeurs, expériences et connaissances, les membres possèdent un savoir qui, à la suite d'exercices de délibération, se développe et se transforme en une source d'information unique qui alimente la réflexion du CSBE sur le système de santé et de services sociaux. Durant les séances de délibération du Forum, qui ont lieu quatre fois par année, des discussions se déroulent en plénière ou en sous-groupes, sous la supervision d'une animatrice professionnelle. Avant chaque séance, un guide de consultation préparé par l'équipe du CSBE est transmis aux membres : les questions qu'il contient permettent d'alimenter leur réflexion.

Les résultats des délibérations sont consignés à l'intérieur d'un compte rendu évolutif, et ce, à la suite de chacune des séances. Lorsque l'ensemble des délibérations sur un sujet est terminé, les membres doivent adopter le compte rendu avant qu'on l'utilise pour enrichir les travaux du CSBE. En vertu de l'article 22 de la *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*, le rapport d'appréciation de la performance du système doit faire état de la consultation des membres du Forum, de même que de ses conclusions ou recommandations sur chacune des questions ou des éléments qui lui ont été soumis au cours de cette consultation. Les rapports d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux renferment des extraits de ce compte rendu.

Par ailleurs, le CSBE peut effectuer des consultations individuelles d'acteurs particuliers du réseau de la santé et des services sociaux afin de compléter les informations recueillies ou encore d'explorer des pistes d'amélioration.

Le cadre d'analyse de la performance utilisé par le Commissaire

Fondé sur un modèle proposé par une équipe de chercheurs de l'Université de Montréal, le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé (EGIPSS), le cadre analytique retenu par le CSBE évolue au fil du temps afin de toujours s'adapter aux besoins changeants, dans une perspective d'amélioration continue. Le cadre d'analyse globale et intégrée de la performance permet donc de mettre en lumière les comparaisons les plus révélatrices en vue de l'améliorer. Il aborde la performance sous l'angle de la production, de l'atteinte des buts, de l'adaptation ainsi que du maintien et du développement (culture organisationnelle), quatre dimensions qui sont interreliées.

La production se caractérise non seulement en fonction des volumes de soins et services, mais aussi en ce qui a trait à leur optimisation en fonction des ressources investies. Elle concerne également la coordination des services, qui en permet un agencement logique et fonctionnel, dans la perspective d'un parcours de soins fluide et continu. La qualité – comprise comme un ensemble d'attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible – en constitue une autre sous-dimension. Enfin, la production inclut les services collectifs de promotion, de prévention, de dépistage, d'immunisation et de surveillance de l'état de santé.

Quant à l'atteinte des buts, elle traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés dans le contexte plus global des déterminants de la santé et du bien-être. Pour le système public de santé, cette fonction a trait à l'amélioration de l'état de santé global de la population et à la satisfaction de ses attentes envers les soins et services. Elle comprend aussi les notions d'efficience (les résultats de santé et de bien-être en fonction des ressources investies) et d'équité à l'égard des services rendus et des résultats de santé atteints.

De plus, l'adaptation consiste en la capacité de structurer et de configurer le système et d'acquérir les ressources en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit la capacité à s'adapter aux forces

externes qui s'exercent sur le système, à mobiliser la communauté, à innover et à attirer la clientèle. Comme le système de santé et de services sociaux est en constante évolution, sa performance est tributaire de la capacité des décideurs à anticiper les besoins et les tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique.

Enfin, les valeurs sociales sont à la base de la création des institutions de notre système de santé et de services sociaux. Parallèlement, l'organisation et le fonctionnement de ces institutions ont des répercussions notables sur le climat de travail, sur les valeurs qui y sont véhiculées et sur la pérennité de leur action. Ainsi, la fonction de maintien et développement, fortement liée à la culture organisationnelle, fait référence à la qualité du fonctionnement des organisations et des systèmes. Cette fonction peut être prise en considération en raison, notamment, d'indicateurs qui documentent le climat de travail et le bien-être des employés.

La vision de la performance du CSBE repose sur l'équilibre entre ces différentes fonctions. De plus, cette performance ne s'exerce pas en vase

FIGURE 10.2

Le cadre d'analyse de la performance

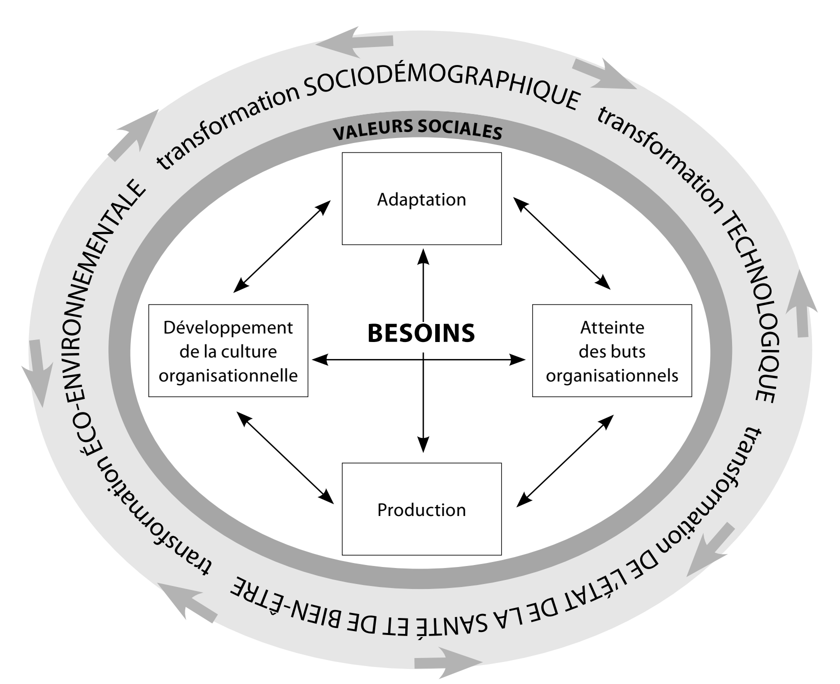


TABLEAU 10.1

Les différents niveaux d'analyse de la performance

			ORGANISATION DE L'INFORMATION			
3 NIVEAUX D'ANALYSE	Mise en contexte	INTERNATIONAL Positionnement du Canada / Québec par rapport aux pays de l'OCDE	Adaptation	Production	Développement et maintien de la culture organisationnelle	Atteinte des buts
	Appréciation de performance	INTERPROVINCIAL Positionnement du Québec par rapport aux autres provinces canadiennes				
		INTERRÉGIONAL Positionnement des régions du Québec				

clos, mais s'inscrit plutôt dans un environnement où s'effectuent des transformations sociales, démographiques, technologiques et éco-environnementales qui touchent l'état de santé et de bien-être de la population. Elle est aussi influencée par les valeurs prédominantes de la société, qui peuvent inclure, entre autres, des valeurs relatives à la liberté, à la solidarité et à l'équité. L'appréciation de la performance requiert ainsi un ensemble de renseignements provenant de diverses sources, notamment des indicateurs de monitorage et des résultats d'enquêtes. De plus, elle suppose un effort d'intégration plus qu'un simple exercice d'ordonnancement ou d'analyse de quelques indicateurs isolés.

La méthode se fonde donc sur la synthèse des renseignements disponibles permettant des comparaisons à divers degrés de la performance à l'égard des quatre fonctions. À l'échelle internationale, la performance du Québec se compare avec celle de certains pays industrialisés. Le CSBE présente surtout les indicateurs qui permettent de comparer le Québec à d'autres provinces canadiennes ainsi que les régions du Québec entre elles.

L'application du cadre d'analyse

Les quatre fonctions du cadre d'analyse de la performance sont elles-mêmes composées de plusieurs sous-dimensions qui permettent d'étendre l'analyse à différentes facettes du système de santé et de services sociaux québécois. L'appréciation de la performance du CSBE se veut globale et intégrée, puisque son jugement s'appuie notamment sur des données de plusieurs domaines évaluables. Ultimement, l'appréciation globale, dans son volet quantitatif, repose sur des indicateurs de performance : ceux-ci sont regroupés dans les diverses sous-dimensions des quatre fonctions du modèle. L'indicateur est en quelque sorte l'unité de base du modèle.

Le système de balisage

Chaque indicateur révèle une information précise relative au système de santé et de services sociaux. Les indicateurs ne permettent pas de cerner toute sa réalité et sa complexité ; toutefois, lorsqu'ils sont regroupés, ils permettent de qualifier un aspect du système. Pour chaque indicateur, le CSBE détermine une balise d'excellence, c'est-à-dire un résultat correspondant aux bonnes pratiques. Habituellement, il s'agit du meilleur résultat atteint par une région ou une province, selon le niveau d'analyse. On compare ensuite les provinces ou les régions à cette donnée « repère », avec laquelle le CSBE établit un rapport en pourcentage (ou une proportion d'atteinte de la balise).

La proportion moyenne d'atteinte de la balise de tous les indicateurs d'une sous-dimension constitue le score synthétique ou agrégé de la sous-dimension, toujours en pourcentage d'atteinte de la balise. De la même manière, le résultat global pour une fonction est la moyenne des résultats de toutes les sous-dimensions, comme chaque sous-dimension a un poids égal dans le calcul. Par une telle approche, le CSBE établit une égalité théorique entre chacune des sous-dimensions à l'intérieur de chaque fonction, indépendamment du nombre d'indicateurs compris dans la sous-dimension. Ainsi, le CSBE croit que cette méthode donne un meilleur aperçu de la performance globale, puisque les sous-dimensions représentent autant de facettes, toutes importantes, du système de santé et de services sociaux.

Cette façon de faire tendra cependant à évoluer au cours des prochaines années afin de toujours mieux traduire la réalité changeante du

système de soins et services. Tous les ans, les indicateurs sont aussi mis à jour et de nouveaux s'ajoutent, selon les données disponibles.

Le choix des indicateurs

Pour l'analyse interprovinciale, les indicateurs choisis proviennent essentiellement de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. Pour l'analyse interrégionale, le CSBE a recours aux bases de données du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Soulignons que le CSBE évalue sur une base régulière la pertinence des indicateurs et la manière de les regrouper afin de produire l'analyse la plus précise possible. Il sélectionne les indicateurs en assurant la couverture du plus grand nombre de fonctions et de sous-dimensions du cadre d'appréciation, tout en évitant de multiplier inutilement l'information. Les indicateurs sont retenus selon divers critères, tels que la validité de l'indicateur, sa stabilité de mesure, sa sensibilité au changement et sa pertinence, soit sa capacité d'être attribué aux actions du système de santé et de services sociaux. Les sources et définitions des indicateurs sont disponibles dans le site Internet du CSBE.

L'approche comparative

Dans tous les cas, le CSBE compare les résultats d'une région ou d'une province à la proportion moyenne d'atteinte de la balise pour l'entité la plus grande (le Québec ou le Canada). Ainsi, une région ou une province peut se situer bien en deçà de la balise, tout en obtenant un résultat supérieur à la moyenne provinciale ou nationale. C'est ce qui permet d'affirmer que la performance d'une région est favorable ou défavorable par rapport à la moyenne provinciale (ou la performance d'une province par rapport à la moyenne nationale).

Par ailleurs, il est souvent utile de nuancer la comparaison établie entre certaines régions ou provinces, selon des facteurs démographiques ou géographiques ou encore selon la mission médicale particulière. Par exemple, à l'intérieur du Québec, les régions universitaires comme Montréal ou la Capitale-Nationale sont plus difficilement comparables

avec les régions éloignées telles que l'Abitibi-Témiscamingue ou la Côte-Nord, surtout pour certaines sous-dimensions (comme l'attraction de la clientèle) ou pour certains indicateurs (comme le taux de médecins spécialistes par habitant). Étant donné que les caractéristiques de ces régions sont très différentes, le CSBE compare chaque région avec d'autres qui lui sont comparables, ce qui donne quatre groupes de régions (universitaires, en périphérie des régions universitaires, intermédiaires et éloignées).

De plus, l'ordonnancement des provinces ou des régions (par l'attribution d'un rang) constitue un outil comparatif intéressant. Le premier rang équivaut toujours à la meilleure performance, quel que soit le sens de la variation des indicateurs d'une sous-dimension. Par exemple, le premier rang relativement au tabagisme ou au surplus de poids signifie qu'une région (ou une province) obtient les meilleurs résultats à cet égard, c'est-à-dire le plus faible taux de tabagisme ou la plus faible proportion de personnes présentant un surplus de poids.

L'évolution temporelle de la performance

L'analyse de l'évolution temporelle des résultats de certains indicateurs semble particulièrement pertinente pour le CSBE. En effet, une telle analyse permet de constater l'augmentation ou la diminution des écarts de balisage au cours des dernières années. Grâce aux données temporelles, le CSBE apprécie la performance avec plus d'acuité, en ciblant les domaines qui présentent une tendance à l'amélioration ou à la détérioration, non seulement pour un territoire donné par rapport à lui-même, mais aussi par rapport à la proportion québécoise ou canadienne d'atteinte de la balise. Le recours à un tel type d'analyse évoluera, comme d'autres façons de faire, au cours des prochaines années.

Les limites de l'analyse et de l'approche

L'analyse d'indicateurs de monitorage comporte toujours des limites sur le plan de la méthode. La démarche du CSBE n'en est pas exempte. Parmi ces limites, certaines méritent une attention particulière. Malgré le fait que le CSBE a recensé les indicateurs disponibles les plus valides – ceux-ci étant le reflet de divers aspects de l'action des systèmes de santé et de services sociaux – et qu'ils ont été mis en relation selon un cadre systé-



matique et global d'analyse, ils demeurent limités dans leur capacité à traduire la complexité du système de santé et de services sociaux. Notons aussi que cette complexité est liée aux particularités du système québécois, qui comprend à la fois les services de santé et les services sociaux.

Même si les indicateurs présentés dans notre analyse offrent, dans la mesure du possible, l'information la plus récente, ils peuvent comporter des écarts temporels qui varient d'un indicateur à l'autre en vertu des cycles d'enquêtes ou de la fréquence des mises à jour des données publiées. C'est pourquoi les années des données utilisées pour chaque indicateur sont indiquées. Le CSBE peut aussi effectuer une moyenne de plusieurs années afin d'augmenter la validité d'un taux sur le plan statistique.

De plus, bien que les indicateurs permettent de reconnaître des écarts entre les territoires comparés ou des écarts dans le temps, ils ne permettent pas de comprendre les raisons qui expliquent ces écarts. C'est pourquoi le CSBE s'appuie sur les consultations et la revue de la littérature pour compléter son appréciation de la performance du système. Rappelons que, malgré le nombre important d'indicateurs recensés, certaines fonctions et sous-dimensions de la performance demeurent mieux documentées que d'autres, principalement à cause de la disponibilité des données.

Ces limites sont inhérentes à l'exercice de monitorage de systèmes complexes à l'aide d'indicateurs essentiellement quantitatifs. Les analyses présentées dans les rapports d'appréciation de la performance ont tout de même pour objectif de soulever la discussion entre des intervenants du réseau pour qu'ils comprennent mieux le concept de performance et sachent quelles sont les améliorations à apporter dans l'avenir.

Un cadre évolutif

Comme on l'a mentionné, le CSBE apportera certaines bonifications au cadre d'appréciation dans les prochaines années. Parmi celles-ci, il entend rendre plus parlant son cadre en perfectionnant l'analyse des alignements, qui viennent compléter l'utilisation des indicateurs en fonction des dimensions et des sous-dimensions. Il veut ainsi raffiner son analyse afin d'être en mesure d'étudier les interrelations entre les fonctions et les sous-dimensions de la performance.

Il existe six formes d'alignements : le stratégique, qui établit les liens entre les fonctions d'adaptation et d'atteinte des buts ; l'allocatif, entre l'adaptation et la production ; le tactique, entre l'atteinte des buts et la production ; l'opérationnel, entre le maintien et le développement et la production ; le légitimatif, entre le maintien et le développement et l'atteinte des buts ; et le contextuel, entre le maintien et le développement et l'adaptation. Bien sûr, analyser les données en fonction des alignements est complexe, particulièrement à l'échelle du Québec. Il s'agit donc d'un défi pour le CSBE.

Le rapport d'appréciation de la performance de 2010

En 2010, le CSBE a choisi d'apprécier les soins et services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques[5], dont la prévalence et les problèmes de santé associés représentent un défi majeur. Elles ont donc une grande incidence sur la performance du système de santé et de services sociaux québécois. Le rapport d'appréciation de la performance de 2010, comme celui de 2009, se compose de quatre volumes. Chacun a sa vocation propre et s'adresse à des lecteurs dont les objectifs et les préoccupations peuvent différer.

Le premier volume, intitulé *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage*, présente une analyse des indicateurs de performance de l'ensemble du système ainsi que des indicateurs relatifs aux soins et services liés aux maladies chroniques, à l'échelle du Québec et de ses régions. Grâce aux constats dressés, il propose des pistes de réflexion sur lesquelles on invite les acteurs du système de santé et de services sociaux à se pencher.

Le deuxième volume, intitulé *État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux*, dresse

5. Aux fins de l'appréciation, le CSBE considère que les maladies chroniques regroupent un ensemble de problèmes de santé qui répondent à certaines caractéristiques. Elles ne sont pas contagieuses : elles résultent plutôt de l'adoption de certaines habitudes de vie, de processus biologiques liés à la génétique ou du vieillissement. À l'égard de leur évolution, elles se caractérisent par un début habituellement lent et insidieux, leurs symptômes apparaissent progressivement et elles sont de longue durée. Finalement, elles ne se résolvent pas spontanément et ne peuvent généralement pas être guéries complètement. On reconnaît habituellement que les maladies chroniques incluent, entre autres, plusieurs problèmes de santé touchant les appareils circulatoire, respiratoire et musculosquelettique, de même que le diabète ainsi que plusieurs cancers.



un portrait sommaire des maladies chroniques et du fardeau qu'elles représentent au sein du système de santé et de services sociaux ainsi que des soins et services offerts aux personnes. Ce portrait fait ressortir de grands constats et tendances par rapport à l'organisation des soins et services en ce qui concerne les maladies chroniques et leurs déterminants.

Les constats et les observations tirés de la consultation font l'objet du troisième volume, intitulé *Rapport de la démarche de consultation portant sur les soins et services liés aux maladies chroniques*. Ce document présente les résultats de la consultation à l'égard des éléments qui caractérisent un système de santé et de services sociaux performant, des actions reconnues efficaces pour en améliorer la performance ainsi que leur faisabilité dans le contexte des soins liés aux maladies chroniques.

À la lumière des analyses de la performance, de l'état de situation et des consultations, le quatrième volume, intitulé *Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications*, fait office de conclusion de l'exercice d'appréciation de la performance. Ce volume expose les recommandations du CSBE, qui découlent de sa démarche d'appréciation. Enfin, il analyse les implications de certaines recommandations.

La formulation des recommandations

Les recommandations du CSBE s'appuient sur une appréciation intégrée qui vise à déterminer ce qui est pertinent, faisable et montré efficace pour répondre aux problèmes repérés en tenant compte des enjeux et des conditions qui émergent de la perspective citoyenne.

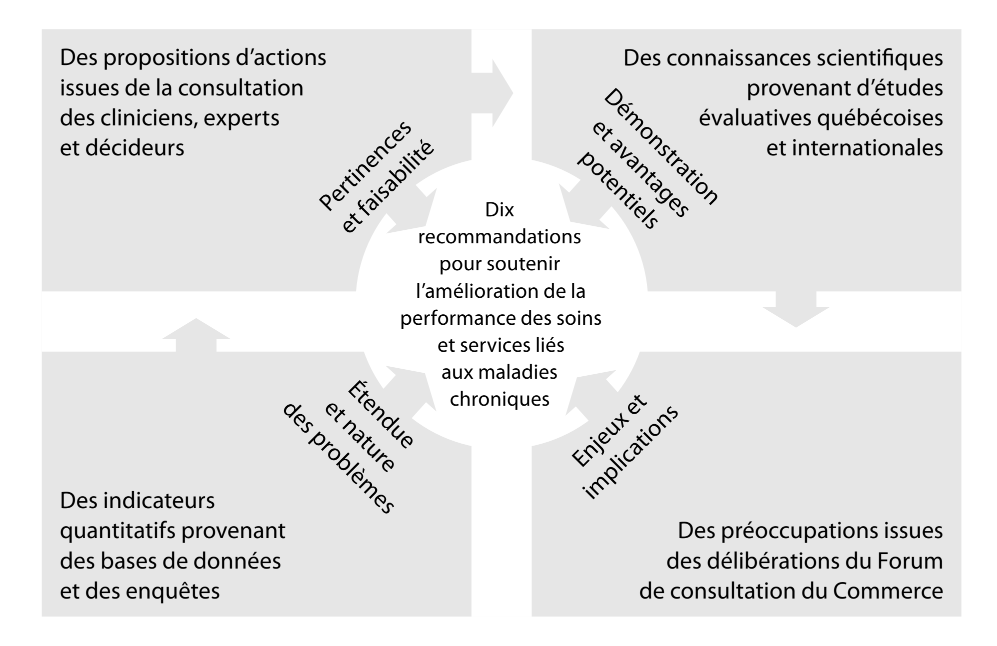
L'analyse des données quantitatives

L'analyse des indicateurs de monitorage montre qu'à l'échelle provinciale, la performance globale du système de santé et de services sociaux du Québec se situe en deçà de celle de plusieurs autres provinces canadiennes. Les problèmes de structuration des ressources – particulièrement en ce qui a trait à l'investissement dans les ressources financières – et de productivité font en sorte que le Québec se trouve parmi les derniers à cet égard. À l'échelle régionale, le CSBE observe encore une grande variation, surtout pour les fonctions d'adaptation et de production. Certaines



FIGURE 10.1

Des recommandations issues d'une intégration des informations



régions éloignées se situent mieux que d'autres d'année en année, et ce, pour l'ensemble des fonctions de la performance. Enfin, l'analyse des indicateurs portant sur les maladies chroniques rend compte d'une amélioration de la situation québécoise en ce qui concerne les habitudes de vie adoptées par les Québécois.

L'analyse de la situation au Québec

Le système de santé et de services sociaux québécois connaît actuellement de la difficulté à fournir les soins et services les plus appropriés aux personnes atteintes de maladies chroniques. En effet, le système est principalement axé sur la réponse aux problèmes de santé aigus et particuliers d'une maladie bien définie, dont la prise en charge est ponctuelle et limitée dans le temps. La prévention et la gestion coordonnées et globales des maladies chroniques sont donc plus ardues. Aussi, certains éléments de l'organisation actuelle du système de santé et de services sociaux sont

déficients ou absents, ce qui rend plus difficile l'adaptation de la réponse aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques. Cependant, la performance du système montre certains points forts, notamment le principe d'accès aux soins et services, et ce, sans entrave financière.

Les résultats des consultations

Dans le cadre des travaux portant sur l'appréciation des soins et services destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques, le CSBE a consulté des experts (cliniciens, chercheurs et analystes du système de santé et de services sociaux), des décideurs (politiques, administratifs et cliniques) et des citoyens, par l'entremise de son Forum de consultation. Cela fait écho respectivement aux connaissances scientifiques, organisationnelles et citoyennes. Les séances de consultation ont permis de préciser divers aspects pouvant avoir un effet sur la performance du système, d'énoncer une vision d'un système performant, de cibler des actions potentielles pour correspondre à une telle vision, de déterminer les actions prioritaires à entreprendre au Québec et de discuter leur faisabilité. Des consultations complémentaires, menées auprès de groupes représentant divers professionnels de la santé (médecins omnipraticiens, infirmières et infirmiers, etc.), ont aussi été réalisées afin de bonifier, d'approfondir ou de confirmer l'information déjà recueillie.

En résumé, pour formuler dix recommandations permettant d'améliorer la performance du système de santé et de services sociaux, le CSBE a réalisé les actions suivantes :

> 1) effectuer une démarche de consultation fondée sur les trois sources de connaissances, ce qui représente plus de 200 personnes consultées, dont les 27 membres du Forum de consultation ; 2) recenser les travaux de recherche de plus de 500 articles et rapports évaluatifs ; 3) participer à des enquêtes internationales (Commonwealth Fund), ce qui lui procure des données inédites ; 4) analyser, à partir de son cadre d'analyse, environ 250 indicateurs de monitorage.

Les recommandations et la synthèse des informations recueillies

Le travail d'analyse a porté sur un ensemble de recommandations possibles, tout particulièrement sur leurs interrelations. La priorité a été donnée aux recommandations dont l'action combinée est garante de



FIGURE 10.2

Des recommandations qui reposent sur la synthèse des informations recueillies

1. Adopter des politiques et créer des milieux de vie favorables à la santé.

Promouvoir la santé et prévenir les maladies chroniques au sein des communautés.

2. Accroître les capacités des personnes à adopter de saines habitudes de vie et à prévenir les maladies chroniques.

3. Favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les milieux de soins de première ligne.

4. Actualiser la pratique en réseaux locaux de soins et services.

5. Consolider les mécanismes de coordination locale des soins et services.

6. Réaliser l'information du réseau de la santé et des services sociaux.

Revoir l'organisation des soins et services selon une perspective de maladies chroniques.

7. Soutenir le développement des capacités des personnes atteintes de maladies chroniques à participer à leurs soins et services.

Instaurer des modes de prestation adaptés aux soins et services liés aux maladies chroniques.

8. Évaluer la pertinence et l'efficacité des soins et services destinées aux personnes atteintes de maladies chroniques.

9. Implanter des outils de gouverne clinique.

Soutenir la décision clinique et la planification des soins et services liés aux maladies chroniques.

10. Assurer la constance et la cohérence du financement des soins et services destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques.

retombées bénéfiques pour la performance de tout le système et dont l'adoption pourrait faciliter l'instauration d'un regroupement plus vaste de mesures. Le CSBE a ainsi proposé dix recommandations qui se rapportent à cinq aspects fondamentaux : la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques ; l'organisation des soins et services ; les pratiques cliniques et la prestation des soins et services ; la planification et la gestion des activités cliniques ; le financement.

Les autres produits de l'appréciation de la performance

Les travaux du CSBE ne se limitent pas à la production annuelle du rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Tous les ans, son site Internet (www.csbe.gouv.qc.ca) est actualisé selon les nouvelles données disponibles. Il contient tous les documents expliquant sa démarche de balisage pour apprécier la performance du système, de même que des outils qui fournissent de l'information à l'échelle régionale et provinciale. On y trouve une multitude d'outils complémentaires concernant les indicateurs, dont leur source exacte, leur définition ainsi que les données et les périodes utilisées dans les calculs. En plus, le CSBE met à la disposition de tous un Atlas et des ensembles graphiques. Il publie aussi périodiquement son bulletin Info-Performance.

L'Atlas CSBE

L'Atlas CSBE est un outil de visualisation qui permet, au moyen de cartes géographiques qui découpent le Canada par provinces et le Québec par régions sociosanitaires, d'accéder à une multitude d'informations sur différents aspects du système de santé et de services sociaux à l'aide des indicateurs utilisés par le Commissaire. Il présente plus de 370 indicateurs sur l'appréciation globale et 99 indicateurs sur le thème abordé dans le rapport d'appréciation de 2011, soit la périnatalité et la petite enfance. Les indicateurs, classés selon le cadre d'analyse du CSBE, sont mis à jour régulièrement afin de donner un portrait chiffré de l'évolution du système. Cet outil permet donc de faire des comparaisons entre les 18 régions sociosanitaires du Québec et entre les provinces canadiennes.



Les ensembles graphiques

Le rapport d'appréciation contient divers graphiques qui présentent l'analyse des indicateurs de monitorage liés à la performance globale du système de santé et de services sociaux. Quant au site Internet du CSBE, il contient l'ensemble des graphiques produits dans le cadre de cette analyse. Pour chacune des 18 régions sociosanitaires du Québec, environ 40 graphiques illustrent les résultats des données selon les fonctions et les sous-dimensions du cadre d'appréciation.

L'Info-Performance

L'Info-Performance est un bulletin d'information de deux pages, diffusé périodiquement aux abonnés. Il met en lumière les recommandations du CSBE, qui sont tirées de son évaluation annuelle de la performance du système de santé et de services sociaux. Quatre numéros ont été diffusés jusqu'à ce jour : ils touchent la pratique médicale de groupe et l'interdisciplinarité, l'inscription de la population auprès de groupes de médecins de première ligne, le dossier médical informatisé et le dossier de santé partageable et, enfin, les pratiques cliniques préventives.

Les enquêtes du Commonwealth Fund

Le CSBE collabore depuis 2008 avec le Commonwealth Fund et d'autres partenaires internationaux pour s'assurer d'obtenir la sélection d'un échantillon représentatif de Québécois qui participent aux enquêtes internationales du Commonwealth Fund. C'est la première fois que des données particulières pour le Québec étaient rendues disponibles, en 2008, dans le cadre de cette enquête reconnue internationalement. Cette collaboration s'est poursuivie annuellement depuis ce temps.

* * *

Le fait d'obtenir de telles données pour le Québec permet à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux d'accéder à de l'information concernant l'expérience de soins des personnes qui sont les plus susceptibles de le consulter, de même que le point de vue de ceux qui donnent

les soins, les médecins. Grâce à ces données, le Québec peut être comparé avec d'autres provinces ou avec des pays pour déterminer les aspects les plus positifs et ceux qui présentent des défis pour notre système. Ces informations, ainsi que d'autres informations complémentaires, sont approfondies dans les rapports d'appréciation du CSBE.

Quatre grands défis en guise de conclusion

André-Pierre Contandriopoulos
et José Carlos Suárez-Herrera

Les réflexions des chercheurs et des décideurs qui ont écrit les différents chapitres de cet ouvrage permettent de déterminer quatre grands défis qui devront être relevés pour que l'évaluation de la performance s'institutionnalise et qu'elle oriente les décisions des différents acteurs des systèmes de santé.

Le défi nº 1

Pour que les acteurs puissent travailler ensemble à l'amélioration continue de la performance, il est nécessaire qu'ils s'entendent sur ce que recouvre le concept de performance des organisations et des systèmes de santé. Pour que cette entente puisse se réaliser, il est nécessaire d'adopter une définition globale, multidimensionnelle et intégrée de la performance qui soit en mesure de rendre compte de la complexité des organisations et des systèmes de santé et des préoccupations des différents acteurs concernés. Le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (EGIPSS) répond à cette nécessité en appréciant les quatre grandes fonctions que doit remplir de façon équilibrée tout système organisé d'action : 1) s'adapter à son environnement ; 2) maintenir des valeurs et du sens ; 3) intégrer la production de biens et de services ; et 4) atteindre des buts légitimes (prévenir et réduire le fardeau de la maladie, et contribuer à améliorer la santé). De plus, ce modèle, par son utilisation à



de multiples échelons et par l'élaboration de plusieurs formes de jugements, permet de réconcilier les tensions entre imputabilité et amélioration continue de la performance, de favoriser les débats entre chacune des parties prenantes et d'accroître l'utilisation des résultats de l'évaluation.

Le défi nº 2

La possibilité de rendre compte de façon régulière et pertinente de la performance repose sur l'existence de données fiables, valides, récentes et complètes sur les différentes dimensions et sous-dimensions de la performance. Il est en particulier nécessaire, en respectant les règles habituelles de confidentialité, d'intégrer les données démographiques, les données administratives, les données cliniques et les données sur la satisfaction des patients et de la population ainsi que sur la satisfaction des professionnels et du personnel. L'existence de données longitudinales est un atout qui améliore considérablement la possibilité de porter des jugements évaluatifs sur la performance.

Il paraît souhaitable que chaque pays (ou région) crée une organisation indépendante qui est responsable de la collecte, de la validation, de la protection de la confidentialité et de la diffusion des données intégrées sur la performance.

Le défi nº 3

Pour que l'évaluation de la performance puisse influencer les décisions des différents acteurs des organisations et des systèmes de santé, il faut s'assurer que des mécanismes formels sont institués pour que les résultats de l'évaluation servent à construire un jugement informé sur la performance. On comprend qu'il est nécessaire, mais insuffisant, de comparer les résultats obtenus pour chaque indicateur à une norme ; il faut aussi trouver les moyens de prendre en compte des configurations[1] d'indicateurs. Dans ce sens, il faut par exemple être en mesure de relier les conditions objectives de travail, les perceptions collectives concernant les variables organisationnelles, les attitudes au travail, les comportements

1. Une configuration est constituée par la structure (stable ou évolutive) des relations existantes entre les éléments interdépendants d'un système ou d'un concept complexe. Le concept de configuration est inhérent à celui de complexité (chapitre 2).



et les valeurs avec l'état de santé des employés, et ce, en sachant que la qualité de vie au travail est liée à la qualité et à la sécurité des soins, à la productivité et aux résultats de la prise en charge des patients. Dès lors, la connaissance des chaînes causales, entre les divers éléments de la performance des systèmes de santé, permet de dégager des leviers d'action et ainsi d'améliorer le fonctionnement des organisations et des systèmes de santé.

Mais pour être porteurs de changement, les leviers d'action doivent trouver du sens pour les différents acteurs. Cette capacité à trouver du sens repose sur l'existence d'espaces de débats permettant aux acteurs qui ont des champs de jugement distincts de s'entendre sur les questions prioritaires d'actions pour améliorer la performance.

Les jugements configurationnels et délibératifs complètent la forme classique de jugement de type normatif en favorisant une modification profonde des schémas cognitifs des acteurs.

Le défi n° 4

La gouvernance en réseaux territoriaux à laquelle conduit naturellement une conception large de la performance – dont une dimension importante est l'adaptation à l'environnement – requiert concrètement des modes d'action hybrides et innovateurs. Il est nécessaire de conjuguer les atouts, d'une part, des actions intersectorielles des groupes influents et, d'autre part, des mécanismes décentralisés de régulation, pour adapter l'offre de soins et de services aux besoins particuliers des populations locales dans leurs contextes. L'instance régionale doit pouvoir compter sur la participation des acteurs de tous les secteurs d'intervention pour améliorer la performance du système de santé tout en réduisant l'effet négatif des contraintes relatives à la disponibilité des ressources et à l'accessibilité des soins et des services en tenant compte des particularités locales.

Pour accroître leur capacité de produire des interventions innovatrices visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, il faudrait utiliser systématiquement les approches permettant d'apprécier les effets sanitaires des politiques publiques[2] et promouvoir la participation de tous les acteurs concernés aux processus d'amélioration de la

2. Évaluation d'impact sur la santé (EIS) (cf. chapitre 6).

performance des organisations et des systèmes de santé. Cela permettrait de développer les régulations territoriales et les actions intersectorielles nécessaires pour qu'émerge un espace d'action collective capable de répondre aux attentes de la population et d'avoir un effet positif sur la santé.

Les acteurs responsables de la mise en place des initiatives fondées sur la gouvernance en réseau auraient donc besoin de miser sur de nouveaux savoirs et des pratiques innovatrices sur la performance nécessaire pour coordonner et mobiliser les différents leviers de changement conduisant à l'amélioration continue de la performance des organisations et des systèmes de santé.

Les réflexions des auteurs de cet ouvrage offrent des pistes riches et concrètes pour relever les défis de l'évaluation de la performance des organisations et des systèmes de santé et pour que l'utilisation des évaluations permette d'orienter les transformations nécessaires des systèmes de santé.

Bibliographie

Abelson, J. et Gauvin, F.-P. (2004). « Engaging Citizens : One Route to Health Care Accountability », Ottawa, Canadian Policy Research Network, 53 p.

Abelson, J., S. Montesanti, Li, K., Gauvin, F.-P. et Martin, E. (2010). « Effective Strategies for Interactive Public Engagement in the Development of Healthcare Policies and Programs », Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation et New Brunswick Health Research Foundation, 49 p.

Abelson. M, et Baysinger, B. (1984). « Optimal and Dysfunctional Turnover : Toward an Organizational Level Model », *Academy of Management Review*, vol 9, n° 2, p. 331-341.

Adair, C.E, Casebeer, A.L. et Birdsell, J.M. (2006a). « Performance Measurement in Healthcare : Part I-Concepts and Trends from a State of the Science Review », *Healthcare Policy*, vol. 1, n° 4.

Adair, C.E, Simpson, E. et Casebeer, A.L. (2006b). « Performance Measurement in Healthcare : Part II-State of science findings by stage of the performance measurement process », *Healthcare Policy*, vol. 2, n° 1.

Adams, A. et Bond, S., (2000). « Hospital Nurse's Job Satisfaction, individual and organizational characteristics », *Journal of Advanced Nursing,* vol. 32, n° 3, p. 536-543.

Aday, L.A., Begley, C.E., Lairson, D.R. et Balkrishnan, R. (1993). *Evaluating the medical care system effectiveness, efficiency, and equity*, Ann Arbor MI, Health Administration Press.

ADRLSSS (2004). « Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal - Rapport de consultation », Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 110 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006). *Mise en œuvre de la promotion de la santé – Manuel d'auto-évaluation et formulaires* (traduction française du document original en anglais), ed. O. Groene et OMS, Bureau Régional de l'Europe, Bureau de Barcelone.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2005). *National Healthcare Quality Report. U.S.* Department of Health and Human Services.

AHRQ Publication No. 06-0018. http://archive.ahrq.gov/qual/nhqr05/nhqr05.htm [acessado em 28 de maio de 2012].

Agrément Canada (2010). *Rapport canadien sur l'agrément des services de santé de 2010 : À travers la lentille de Qmentum – Étude de la relation entre la qualité de vie au travail et la sécurité des patients*, Ottawa, Ontario.

Aiken L.H, Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. et Silber, J.H. (2002a). « Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction », *Journal of American Medical Association*, vol. 288, n° 16, p. 1987-1993.

Aiken, L, Clarke, S.P. et Sloane, D.M. (2002B). « Hospital staffing, organization, and quality of care : a cross-national findings », *International Journal for quality in Health Care*, vol. 14, n° 1, p. 5-13.

Aiken, L.H, Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. et Silber, J.H. (2003). « Educational Levels of Hospitals Nurses and Surgical patient Mortality », *Journal of American Medical Association*, vol. 290, p. 1617-1623.

Aiken, L.H, Sloane, D.M. et Klocinski, J.L. (1997). « Hospitals Nurses occupational exposure to blood : Prospective, retrospective, and institutional reports », *American Journal of Public Health*, vol87, n° 1, p. 103-107.

Akerstedta, T., Fredlundb, T., Gillbergb, M. et Jansson, B. (2002). « Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample », *Journal of Psychosomatic Research,* vol. 53, n° 1, p. 585-588.

Albuquerque, J. M. et Miguel, J. P. (2007). *Health System Impact Assessment and the High Level Group on Health Services and Medical Care.* Proceedings of the EU Ministerial Conference, Rome 18 December 2007.

Anderson, P. (1999). « Complexity Theory and Organization Science », *Organization Science,* vol. 10, n° 3, 216-232.

AQESSS (2011a). *Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance – Centres de santé et de services sociaux- Données 2008-2009*, Direction de la qualité et de la performance, Québec.

AQESSS (2011b). *Rapport technique – Évaluation de la performance des CSSS*, IRSPUM, AQESSS, Direction de la qualité et de la performance, Québec.

AQESSS (2013). *Le réseau en 4 questions – Un regard ciblé sur la performance*, Direction de la qualité et de la performance, Québec.

AQESSS (Novembre 2012). *Rapport méthodologique – Évaluation de la performance des établissements membres de l'AQESSS – Données 2010-2011, Partie 1 : Gestion et gouvernance du projet,* Direction de la performance et de la qualité, Québec.

AQESSS (Novembre 2012). *Rapport méthodologique – Évaluation de la performance des établissements membres de l'AQESSS – Données 2010-2011, Partie 2 : Méthodologie,* Direction de la performance et de la qualité, Québec.

Armstrong-Stassen, M, Cameron, S.J. et Horsburgh, M.E (1996). « The impact of organizational downsizing on the job satisfaction of nurses », *Canadian Journal of Nursing Administration*, vol. 9, p. 8-32.

Arrizabalaga, Ph. et Simos, J. (2006). « Utiliser les synergies entre évaluation environnementale stratégique (EES) et évaluation d'impact sur la santé (EIS) pour

promouvoir la prise en compte de l'environnement et de la santé dans les processus décisionnels publics», *Social and Preventive Medicine*, vol. 51, nº 3, p. 133-136.

Assemblée nationale du Québec (2003). *Projet de loi nº 25 (Chapitre 21), Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Éditeur officiel du Québec, Québec.

Assemblée nationale du Québec (2004). *Projet de loi nº 83 : Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Éditeur officiel du Québec, Québec.

Assemblée nationale du Québec (2015). *Projet de loi nº 10 (chap.1) Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, Éditeur officiel du Québec, Québec.

Assemblée nationale du Québec, (À jour au 1er novembre 2016). Loi 10 Chap. O-7.2, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, Éditeur officiel du Québec, Québec.

Atlan, H. (2002). «La cellule vivante : un paradigme des systèmes naturels complexes», *Médecine/Sciences,* vol 6, nº 7, 764-766.

Baker, G. R. et Denis, J.-L. (2011). «A Comparative Study of Three Transformative Healthcare Systems : Lessons for Canada", Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 32 p.

Basset, B. (2009). *Les inégalités sociales de santé : un vade-mecum pour les agences régionales de santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.* Institut National de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Dossier Varia.

Bauman, A, O'Brien Pallas, L., Armstrong, S., Blythe, J., Bourdonnais, R. Cameron, S., Doran, D., Ker, M., McGillis, L., Vézina, M., Butt, M. et Ryan, L. (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*, Fond canadien de la recherche sur la Santé. http://www.fcrss.ca/publicationsandresources/researchreports/commissionedresearch/01-01-01/5b270844-4700-4b40-8466-c5354e5c4ccc.aspx

Beck, U. (1986). «Culture politique et évolution technique : la fin du consensus sur le progrès et subpolitique de la médecine – étude d'un cas limite», dans *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité,* Paris, Alto-Aubier, p. 428-451.

Begun, J., Zimmerman, B. et Dooley, K. (2003) Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems, in Mick, S.S. and Wyttenbach, M.E. (eds), *Advances in Health Care Organization Theory*, Jossey-Bass (253-288).

Benson, J.K. (1975). «The interorganisational network as a political economy», *Administrative Science Quarterly* ; 20(2) : 229-249.

Berwick, D.M. (2002). «A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report», Health Aff (Millwood), vol. 21, nº 3, p. 80-90.

Birley, M. (2011). *Health Impact Assessment : Principles and Practice*, London, Earthscan.

Birley, M.H. et Peralta, G.L. (1992). *The health impact assessment of development projects*, Asian Development Bank, AsDB Environment Paper 11, Manilla.



Blegen, M.A, Goode et C.J., Reed, L. (1998). « Nurse Staffing and Patient Outcomes », *Nursing Research*, vol. 47, nº 1, p. 43-50.

Blum, H. (1974). *Planning for Health*, New York, Behavioral Publications.

Blumenthal, D. (1996). « Quality of care – what is it ? », *New England Journal of Medicine*, vol. 335, nº 17, p. 891-894.

Blumenthal, D. (2012). « Performance improvement in health care – seizing the moment », New England Journal of Medicine, vol. 366, no. 21, p. 1953-1955.

Blythe J., Baumann, A. et Giovannetti, P. (2001). « Nurse's Experiences of Restructuring in three Ontario Hospitals », *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 33, nº 1, p. 61-68.

Bonland, T. et Fowler, A. (2000). « A systems perspective of performance management in public sector organisations », *The International Journal of Public Sector Management*, vol. 13, nº 5, p. 417-446.

Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M. et Dion, G., 1998. « Job strain, psychological distress, and burnout in nurses », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 34, nº 1, p. 20-38.

Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques*, Paris, Seuil.

Bourdieu, P. (2012) *Sur l'État, cours au Collège de France 1989-1992*, Paris, Seuil.

Bourdieu, P., et Wacquant, L. J. D. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*, Chicago, University of Chicago Press.

Bourdonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M. et Côté, N., 2000. « Le travail infirmier sous tension », Équipe de recherche Riposte, Université Laval.

Bourque, D., et Mercier, C. (2008). « Le développement des communautés au cœur de la mission des CSSS », *Infolettre. Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé*, vol. 5, nº 1, p. 2-6.

Bourricaud, F. (1955). *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Librairie Plon.

Bourricaud, F. (1977). *L'individualisme institutionnel: Essai sur la sociologie de Talcott Parson,* Paris, PUF.

Bras, P. L. (2009). La création des ARS, notre système de soins sera-t-il encore mieux gouverné, *Droit Social*, p. 1126-1135.

Brasil, Ministério da Saúde (2012). *Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde* (IDSUS). http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080) [consultado em 30 maio de 2012].

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. www.senado.gov.br/legislação. Acesso em 29-5-2012.

Brasil. Decreto n. 1232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo nacional de Saúde, para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. www.senado.gov.br/legislação. Acesso em 29-5-2012.

Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. www.senado.gov.br/legislação. Acesso em 29-5-2012.

Brasil. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. www.senado.gov.br/legislação. Acesso em 29-5-2012.

Brasil. Lei 8689 de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a Extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS, e dá outras providências. www.senado.gov.br/legislação. Acesso em 29-5-2012.

Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº204/2007 que trata dos blocos de financiamento da saúde. www.senado.gov.br/legislação. Acesso em 29-5-2012.

Brault, I., Roy, D.A. et Denis, J.-L. (2008). « Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé », *Pratiques et organisation des soins*, vol. 39, nº 3, p. 167-173.

Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M. *et al.* (1991). « Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I », *New England Journal of Medicine, vol.* 324, nº 6, p. 370-77.

Brook, R.H., Davies-Avery, A., Greenfield, S., Harris, L.J., Lelah, T., Solomon, N.E. et Ware Jr, J.E. (1977). « Assessing the Quality of Medical Care Using Outcome Measures : An Overview of the Methods », *Medical Care*, vol. 15, nº 9, supplement, p. 1-106.

Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Brown, C., Hofer, T., Johal, A., Thomson, R., Nicholl, J., Franklin, B.D. et Lilford, R.J. (2008). « An epistemology of patient safety research : a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualizing and developing interventions », *Qual Saf Health Care* vol. 17, nº 3, p. 158-162.

Burnfield. J.D. et O'Connor, S.J. (1992). *Employee turnover and retention rates as predictors of nursing home code violations*, Paper presented at the annual meeting of the academy of management, Las Vegas.

Butler, M. (2000). « Performance Measurement in Health Sector », *Committee for Public Management Research, Discussion paper 14.*

Cameron, K.S. (1986). Effectiveness as paradox : consensus and conflict in conceptions of organisational effectiveness, *Management Science*, 32(5) : 539-553.

Cameron, S.J, Horsburgh, M.E. et Armstrong-Stassen, M., 1994. « Job satisfaction, propensy to leave and burnout in RNs and RNAs : A multivariate perspective », *Canadian Journal of nursing Administration*, vol. 7, nº 3.

Campanella, P., Vukovic, V., Parente, P., Sulejmani, A., Ricciardi, W. et Specchia, M.L. (2016). « The impact of Public Reporting on clinical outcomes : a systematic review and meta-analysis », *BMC Health Services Research*, vol. 16, nº 1, p. 1-14.

Cantoreggi, N., Frei, K., Simos, J., Casabianca, A., Litzistorf Spina, N. et Diallo, T. (2007). « HIA in Switzerland : considerations concerning the experience of the Cantons of Geneva, Jura and Ticino », *Italian Journal of Public Health*, vol. 4 (3) : 169-175.

Carbonnel, L., Jabot, F. et Paul, S. (2009). *La fonction Evaluation au sein des futures agences régionales de santé*, Note adressée au secrétariat général des ministères sociaux, non publié.



CARMICHAEL, L., BARTON, H., GRAY, S., LEASE, H. et PILKINGTON, P. (2012). « Integration of health into urban spatial planning through impact assessment : Identifying governance and policy barriers and facilitators », *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 32, nº 1, p.187-194.

CASTIEL, D. *et al.* (2009). « Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique », *Santé publique,* 21 (2), 195-212.

CASTLE, N., ENGBERG, J. (2005). « Staff Turnover and Quality of Care in Nursing Homes », *Medical Care*, vol. 43, nº 6, p. 616-626.

CASTLE, N., ENGBERG, J., MENDELOFF, J. et BURNS, R. (2009). « A national view of workplace injuries in nursing homes », *Health care management Review*, vol. 34, nº 1, p. 92-103.

CHAMPAGNE, F. et CONTANDRIOPOULOS, A.-P. (2009). « Éléments d'architecture des systèmes d'évaluation », dans CONTANDRIOPOULOS, A.-P., HARTZ, Z., GERBIER, M., NGUYEN, A. (dir.), *Santé et Citoyenneté - Les expériences du Brésil et du Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal, Québec, Canada, p. 250-274 et 391.

CHAMPAGNE, F. et CONTANDRIOPOULOS, A.P. (2013). *Le modèle EGIPSS*. Observatoire sur la performance des organisations et des systèmes de santé de l'Université de Montréal (OPOSSUM), IRSPUM, Université de Montréal.

CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P. *et al.* (2005). *Un cadre d'Évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS*, Montréal, GRIS, Université de Montréal, Rapport R05-05, [disponible en ligne : www.gris.umontréal.ca].

CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., BARIS, E., GUISET, A.-L. et VEILLARD, J. (2010). *Enhancing the WHO Health System Framework : A conceptual paper.* Prepared for the WHO Europe Expert Panel on Heath System performance assessment : Barcelona.

CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DENIS, J.-L. et LAMOTHE, L. (2002). *Les centres universitaires de santé : La gouverne d'organisations complexes aux contours flous,* GRIS, Faculté de Médecine, Université de Montréal.

CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., PICOT-TOUCHÉ, J., BÉLAND, F. et NGUYEN, H. (Juin 2004). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS* (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé) - Rapport technique, GRIS, Université de Montréal.

CHAPAIS, B. (2012) *Les universaux de la nature humaine*, Interview de Daniel Baril, FORUM, Université de Montréal, lundi 12 mars 2012.

CHARNEY, W. et SCHIRMER, M.S. (2007). « Nursing Injury Rates and Negative Patient Outcomes-Connecting the Dots », *Official journal of the American association of occupational health nurse*, Journal, vol. 55, nº 11, p. 470-475.

CHASSIN, Y. (4 juin 2016). *Le système de santé est-il si mauvais ? Et pourquoi ?*, IEDM http://www.IEDM.org.

CLARKE, S.P., ROCKETT, J.L., SLOANE, D.M. et AIKEN, L.H. (2002). « Organizational Climate, staffing, and safety equipment's as predictors of needlestick injuries and nearmisses in hospital nurses », *American Journal of Infection Control*, vol. 30, p. 207-216.

Claveranne, J.-P. et Pascal, C. (2004). *Repenser les processus à l'hôpital,* Paris, Médica Édition.

Coldefy, M. et V. Lucas-Gabrielli, V. (2012). « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, nº 175, p. 1-8.

Cole, B-L., Shimkhada, R., Fielding, J.-E., Kominski, G. et Morgenstern, H. (2005). « Methodologies for realizing the potential of health impact assessment », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, nº 4, p. 382-389.

Commissaire à la santé et au bien-être. http://www.csbe.gouv.qc.ca/

Commissaire à la santé et des services sociaux (2014). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2014 - Résultats et analyses gouvernementales du Québec,* Gouvernement du Québec, Québec.

Commissaire à la santé et des services sociaux (2015). *Document méthodologique de l'analyse globale et intégrée de la performance*, Gouvernement du Québec, Québec.

Commission européenne (2009). Commission Impact Assessment Guidelines. Site web de la Commission européenne.

Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/

Contandriopoulos, A.-P. (2003). « Inertie et changement », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 9, nº 2 : 4-31.

Contandriopoulos, A.-P. (2008). « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *Santé publique*, vol. 20, nº 2, p. 191-199.

Contandriopoulos, A.-P. *et al.* (2009). « L'évaluation de la performance au service d'un pilotage décentralisé du système de santé », *Actualités et dossier en santé publique, Dossier Évaluation en santé publique,* nº 69, p. 21-26.

Contandriopoulos, A.-P. et Champagne, F. (Mai 2008). « L'amélioration de la performance : un enjeu central pour les CSSS », *Infolettre*, ANÉIS, GETOS, 5, 2, 2-7.

Contandriopoulos, A.-P. et Champagne, F. (2011). « Mesurer la performance : les grands éléments théoriques à la disposition des décideurs et chercheurs », *Séminaire du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec*. Les mesures de performance : un outil pour assurer la pérennité des systèmes de santé et des services sociaux.

Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001). « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures,* vol. 8, nº 2, p. 38-52.

Contandriopoulos, A.-P, De Pouvourville, G., Poullier, J.P. et Contandriopoulos, D. (2000). « *À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au xxi*e *siècle* », dans Pomey, M.P., Poullier, J.P., Lejeune, B. (dir.), *Santé Publique-États de lieux, enjeux et perspectives*, Paris, Ellipses.

Contandriopoulos, A.-P. et Souteyrand, Y (1996). *L'hôpital stratège : Dynamique locale et offre de soins,* John Libbey Eurotext.

Contandriopoulos, A.-P., Trottier, L.-H. et Champagne, F. (2008). « L'amélioration de la performance : un enjeu central pour les CSSS », *Infolettre. Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé*, vol. 5, nº 2, p. 2-7.

CONTANDRIOPOULOS, D. (2004). « A sociological perspective on public participation in health care », *Social Science et Medicine*, vol. 58, nº 2, p. 321-330.

CONTANDRIOPOULOS, D., CHAMPAGNE, F. et DENIS J.-L. (2014). « Causal Pathways Between Performance Measures' Use and Effects », *Medical Care Research Review 71 : 3*.

CONTANDRIOPOULOS, D., DENIS, J.-L. et DUBOIS, C.-A. (2009). « Produire des organisations pour réformer les systèmes de santé », dans A-P. CONTANDRIOPOULOS, Z. HARTZ, M. GERBIER et A. NGUYEN, *Santé et Citoyenneté : les expériences du Brésil et du Québec,* Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 181-214.

CONTANDRIOPOULOS, D., DENIS, J.-L., LANGLEY, A. et VALETTE, A. (2004). « Governance Structures and Political Processes in a Public System : Lessons from Quebec », *Public Administration*, vol. 82, nº 3, p. 627-655.

CONTANDRIOPOULOS, D., LEMIRE, M., DENIS, J.-L. et TREMBLAY, E. (2010). « Knowledge Exchange Processes in Organizations and Policy Arenas », *The Milbank Quarterly,* vol. 88, nº 4, (p. 444-483).

COOMBER, B. et BARRIBALL, K.L. (2007). « Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses : A review of the research literature », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 44, nº 2, p. 297-314.

CORDES, C. (1993). « A Review and Integration of Research on Job Burnout », *Academy of Management Review*, vol. 18, nº4, p. 621-656.

COUFFINHAL, A. (OMS) *et al.* « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé », *Bulletin d'information en économie de la santé questions d'économie de la santé,* nº 92, IRDES, février 2005.

CQVT-SSQ (COALITION POUR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET DES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ) (2007). *Une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*, Conseil d'agrément des services de santé.

CROZIER, M. et FRIEDBERG, E. (1977). *L'acteur et le système*, Paris, Éditions du Seuil.

CUNNINGHAM, R., SIGNAL, L. et BOWERS, S. (2011). *Evaluating Health Impact Assessments in New Zealand*. Wellington, Ministry of Health.

D'AMOUR, D., TREMBLAY, D. et BERNIER, L. (2007). « Les pratiques professionnelles de réseaux : l'intégration au-delà des structures », dans M.-J. FLEURY, M. TREMBLAY, H. NGUYEN et L. BORDELEAU, *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation,* Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 273-288.

DAHLGREN, G. (1995). « European Health Policy Conference : Opportunities for the Future », *Intersectoral Action for Health*, vol. 11, Copenhague, OMS – Bureau Régional pour l'Europe.

DANNA, K. et GRIFFIN, R. (1999). « Health and Well-Being in the workplace : A Review and Synthesis of the literature », *Journal of Management*, vol. 25, nº 3, p. 357-384.

DAOUST-BOIVERT, A. (2016). « Gaétan Barrette "Les objectifs sont atteints". Le ministre se targue d'accomplir ce qui a été impossible pour ses prédécesseurs », Montréal, *Le Devoir*. Disponible sur le site : http://www.ledevoir.com

Davey M.M., Cummings, G., Newburn, C.V. et Lo, E.A., (2009). « Predictors of Nurse absenteeism in hospitals : a systematic review », *Journal of Nursing Management*, vol. 17, n° 3, p. 312-330.

Davies, H.T.O. (1998). « Performance Management using health outcomes : in search of instrumentality », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 4, n°4, p. 359-362.

De Herdt, P. (2003). *Plaidoyer en faveur de la mise sur pied d'un groupe de travail intercantonal et interinstitutionnel œuvrant à l'élaboration d'une procédure standard d'étude d'impact sur la santé (EIS) applicable aux politiques publiques*. Conférence des directrices et des directeurs cantonaux de la santé – CDS : http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitssystem_und_Strategien/Gesundheitsfoerderung/Recommandation_GR_EIS_CDS_f_Vers_13.pdf [consulté le 4 novembre 2012].

Deal, J.E. et Kennedy, A.A, (1982). *Corporate cultures : the rites and rituals of corporate life*. Addison-wesley.

Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Lamothe, L., Nguyen, H. et Rousseau, L., Bilterys, R. (2008). *La dernière réforme dans le système de santé et de services sociaux du Québec et la fenêtre d'opportunité pour l'adoption du concept de l'OMS « hôpital promoteur de santé »*, GRIS, Secteur Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., Lamothe, L., Nguyen, H., Rousseau, L., Bilterys, R. et El M'Mala, Z. (2007). *Le centre de santé et de services sociaux promoteur de santé – Outil d'auto-évaluation*, GRIS, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

Dejours, C. (1995). *Le facteur humain, Collection : Que sais-je ?,* Presses universitaires de France.

Deneault, A. (2016). Une escroquerie légalisée. Précis sur les « paradis fiscaux », Montréal, Écosociété.

Denis, J.-L. (2002). « Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. Étude n° 36 », Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, La Commission Romanow.

Denis, J.-L. et Contandriopoulos, A.-P. (2008). « Gouvernance clinique : discussion et perspectives », *Pratiques et organisation des soins*, vol. 39, n° 3, p. 249-254.

Denis, J.-L., Davies, H. T. O., Ferlie, E. et Fitzgerald, L. (2011). « Assessing initiatives to transform healthcare systems : Lessons for the Canadian healthcare system ». CHSRF series on healthcare transformation : Paper 1, Ottawa (Ontario), Canadian Health Services Research Foundation, 42 p.

Denis, J. L., Lehoux, P. et Champagne, F. (2004). *A knowledge utilization perspective on fine-tuning dissemination and contextualizing knowledge, in Using knowledge and evidence in health care*, edited by Louise Lemieux-Charles et François Champagne, University of Toronto Press.

Diallo, T., Litzistorf, N., Cantoreggi, N. et Simos J. (2007). *Évaluation d'impact sur la santé – Cahier annexe n° 6; Projet d'agglomération franco-valdo-genevois*, Comité régional franco-genevois, Genève, décembre 2007.



Donabedian, A. (1966). *The definition of quality and approaches to its assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.

Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration*, Harvard Publication.

Donabedian, A. (1973). *Medical Care Administration,* Cambridge, Harvard University Press.

Donabedian, A. (1990). « The seven pillars of quality », *Arch. Pathol. Lab. Med.,* vol. 114, nº 11, p. 1115-1118.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*, NY, Oxford University Press.

Drosler, S.E., Romano, P., Tancredi, D.J. et Klazinga, N.S. (2012). « International Comparability of Safety indicator in 15 OECD member countries : a methodological approach of adjustment by secondary diagnoses », Health Service research, vol. 47, nº 1, p. 275-292.

Dubois, N. et Ouchene, H. (2010). *Cadre de référence pour le développement conjoint (CSSS/DSP) d'un système d'appréciation de la performance du Plan d'action régional (PAR) et des Plans d'action locaux (PAL) en santé publique du territoire montréalais*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique, Québec.

Eastabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K. et Giovannetti, P. (2005). « The Impact of Hospital Nursing Characteristics on 30 Day Mortality », *Nursing Research*, vol. 54, nº 2, p. 74-84.

Edwards, J.R, Cable, D.M., Williamson, I.O., Shurer-Lambert, L. et Shipp, J.A. (2006). « The Phenomenology of Fit : Linking the Person and Environment to the Subjective Experience of Person-Environment Fit », *Journal of Applied Psychology*, vol. 91, nº4, p. 802-827.

Elliott, S., Fisher Stephen, M. et Shortell, S.M. (2010). « Accountable Care Organizations : Accountable for What, to Whom, and How », *JAMA,* vol. 304, nº 15, p. 1715-1716 (doi :10.1001/jama.2010.1513).

European Commission, DG Health et Consummers (2007). *EU Health Systems Impact Assessment tool*. Site Web de la Commission européenne.

Evanoff, B., Wolf, L., Aton, E., Canos, J. et Collins, J. (2003). « Reduction in injury rates in nursing personnel through introduction of mechanicals lifts in the workplace », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 44, p. 451-457.

Evan, R.G. *et al.* (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé : Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Fahrenkopf, A., Sectish T.C, Barger, L., Sharek, P.J., Lewin, D. et Chiang, V.W. (2008). « Rates of medication errors among depressed and burnt out residents : prospective cohort study », *British Medical Journal*, vol. 336, nº 1, p. 488-491.

Farhang L. et Bhatia, R. (2007). *Eastern Neighborhoods Community Health Impact Assessment : Final Report*, San Francisco, Department of Public Health.

Feather, N.T. (1979). « Human Values and the Work Situation : Two Studies », *Australian Psychologist*, vol. 14, nº 2, p. 131-141.

Feather, N.T. (1995). « Values, valences and choice : The influence of values on the perceived attractiveness and choice of alternatives », *Journal of Personality and Social Psychology,* vol. 68, p. 1135-1151.

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (novembre 2014). Projet de loi 10 - *Prélude d'un démantèlement annoncé*, FIQ.

Firth-Cozens, J. et Greenhalgh, J. (1997). « Doctor's Perceptions of the links between stress and lowered clinical care », *Social Science and Medicine*, vol. 44, nº 7.

Fleury, M.-J. et Ouadahi, Y. (2002). « Stratégies d'intégration, régulation et moteur d'implantation de changement », *Santé Mentale au Québec*, vol. 27, nº 2, p. 16-36.

Fleury, M.-J., Grenier, G. et Ouadahi, Y. (2007). « Les réseaux intégrés de services : notion, modélisations et mise en œuvre », dans M.-J. Fleury *et al.*, *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation,* Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 159-178.

Flood, A.B. et Scott, W.R. (1987). *Hospital structure and performance*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press.

Flora, L., Berkesse, A., Payot, A., Dumez, V. et Karazivan, P. (2016). « L'application d'un modèle intégré de partenariat patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé », *Le Journal International de Bio-éthique*, volume 27, nº 1, p. 59-72.

Fottler, M.D. (1987). « Health care organization performance : present and future research », *Journal of Management,* vol. 13, nº 2, p. 367-391.

Fottler, M.D., Slovensky, D.J. et Rogers, S.J. (1987). « Public release of hospital specific death rates – guidelines for health care executives », *Hospital et Health Services Administration*, vol. 32, nº 3, p. 343-357.

Foucault, M. (1997). « Cours du 17 mars 1976 », *Il faut défendre la société,* Paris,Seuil/Gallimard, p. 213-235.

Foucault, M. (2001). « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », *Dits et écrits II (1976-1988*), Paris, Quarto, Gallimard, p. 40-58.

Fournier, D., René, J.-F., Duval, M., Garon, S., Fontaine, A., Chénard, J. et Lefebvre, C. (2001). « La dynamique partenariale sur les pratiques des organismes communautaires dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, nº 1, p. 111-131.

Frampton, S. B., Horowitz, S. et Stumpo, B. J. (August 2009). « Open medical records », *American Journal of Nursing*, 109, 8, 59-63.

Freeman, T. (2002). « Using performance indicators to improve health care quality in the public sector : a review of the literature », *Health Services Management Research*, vol. 15, nº 2, p. 126-137.

Freidberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil.

Frenk, J. et Moon, S. (2013). « Governance Challenges in Global Health », *The New England Journal of Medicine*, 368, 936-42.

Fung, V., Schmittidiel, J.A., Fireman, B., Meer, A., Thomas, S., Smider, N., Hsu, J. et Selby, J.V. (2010). « Meaningful variation in performance : a systematic review », *Medical Care,* vol. 48, nº 2, p. 140-48.

Gagnon, F. et Kouri, D. (2008). « Gouvernance intégrée et politiques publiques favorables à la santé : deux exemples canadiens », Québec, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 43 p.



GAUMER, B. et FLEURY, M.-J. (2007). « La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique », dans M.-J. FLEURY *et al.*, *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation,* Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 3-22.

GAUVIN, F.-P., MARTIN, É., FOREST, P.-G. et ABELSON, J. (2009). « L'expérience citoyenne dans la gouvernance du système de santé et de services sociaux au Québec », *Santé, société et solidarité*, vol. 2, p. 45-50.

GEORGOPOULOS, B.S. (1986). *Organizational structure, problem solving, and effectiveness, a comparative study of hospital emergency services*, San Francisco, CA, Jossey-Bass Inc, Publishers.

GERSHON, R., STONE, P.W., ZELTSER, M., FAUCETT, J., MACDAVITT, K. et CHOU, S. (2007). « Organizational Climate and Nurse Health Outcomes in the United States : A systematic Review », *Industrial Health*, vol. 45, nº 5, p. 622-636.

GIDDENS, A. (1987). *La constitution de la société,* Paris, PUF.

GLICK, W. (1985). « Conceptualizing and measuring organization and psychological climate. Pitfall in multilevel research », *Academy of Management Review*, vol. 10, nº 3, p. 601-616.

GLOUBERMAN, S. et MINTZBERG, H. (2001), « Managing the Care of Health and the Cure of Disease, Part 1 : Differentiation ; Part II : Integration », *Health Care Management Review*, vol. 26, nº 1, Winter, p. 56-59 ; 70-84.

GLOUBERMAN, S. et ZIMMERMAN, B. (2002). *Systèmes compliqués et complexes : En quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie ?,* Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude numéro 8.

GODOY, P.H., KLEIN, C.H., SOUZA-E-SILVAI, N.A., OLIVEIRA, G.M.M. (2007). « Letalidade hospitalar nas angioplastias coronárias no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2003 », *Cad. Saúde Pública*, vol 23, nº 4, p. 845-851.

GOMES, A.S., KLUCK, M.M., RIBOLDI, J., FACHEL, J.M.G. (2010). « Modelo preditivo de óbito a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares », *Rev. Saúde Pública,* vol. 44, nº 5, p. 934-941.

GOUVÊA, C.S.D. et TRAVASSOS, C. (2010). « Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos : revisão sistemática », *Cad. Saúde Pública*, vol. 26, nº 6, p. 1061-1078.

GREMBOWSKI, D., PASCHANE, D., DIEHR, P., KATON, W., MARTIN, D. et PATRICK, D. (2005). « Managed Care, Physician Job Satisfaction, and the Quality of Primary Care », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, p. 271-277.

GROENE, O. et GARCIA-BARBERO, M. (2001) *Health promotion in hospitals : Evidence and quality management*, WHO Europe Office.

GROENE, O., SKAU, J.K.H. et FRØLICH, A. (2008). « An international review of projects on hospital performance assessment », *Int. Journal for Quality in Health Care,* vol. 20, nº 3, p. 162-171.

GROL, R.P. (2001). « Improving the Quality of Medical Care : Building Bridges Among Professional Pride, Payer Profit, and Patient Satisfaction », *JAMA,* vol. 286, nº 20, p. 2578-85.

Guichard, A. et Potvin, L. (2010). « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », dans L. Potvin *et al. Réduire les inégalités sociales en santé* (p. 35-51), Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action.

Habermas, J. (1987). *L'agir communicationnel I*, Librairie Arthéme Fayard.

Hamel, C., (1973). *Vers une définition opérationnelle du concept de valeur de travail : synthèse théorique et application pratique en milieu québécois*, Thèse de psychologie, Université de Montréal.

Hancock, T. (1999). « Creating health and health promoting hospitals : A worthy challenge for the twenty-first century », *International Journal of Health Care Assurance*, viii-xix.

Harris-Roxas, B. et Harris, E. (2011). « Differing forms, differing purposes : A typology of health impact assessment », *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 31, n° 4, p.396-403.

Harris, S.G. et Mossholder, K.W. (1996). « The affective implications of perceived congruence with culture dimensions during organizational transformation », *Journal of Management,* vol. 22, p. 527-547.

Harrison. D.A., Newman, D.A. et Roth, P.L. (2006). « How Important are job attitudes ? Meta-analytic comparisons of integrative behaviour outcomes and time sequences », *Academy of Management Journal*, vol. 49, n° 2, p. 305-325.

Hartz, A.J., Krakauer, H., Kuhn, E.M., Young, M., Jocobsen, S.J., Ga, G., Muenz, L., Katzoff, M., Bailey, R.C. et Rimm, A.A. (1989). « Hospitals characteristics and mortality rates », *New England Journal of Medecine,* vol. 321, p. 1720-1725.

Hatchuel, A. (2000). « Prospective et gouvernance : quelle théorie de l'action collective ? », dans É. Heurgon et J. Landrieu, *Cerisy : Prospective pour une gouvernance démocratique,* Paris, Éditions de l'Aube.

Hatchuel, A. (2012). « Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective » dans A. David, A. Hatchuel, R. Laufer, *Les Nouvelles Fondations des sciences de gestion*, Paris, Presses des MINES, collection Economie et gestion.

Hatchuel, A. et Weill, B. (1992). « L'expert et le système », *Economica*, Paris.

Hayes, J.L., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J. et Buchan, J., (2006). « Nurse Turnover : A literature Review », *International Journal of nursing Studies*, vol. 43, n° 2, p. 237-263.

Hellriegel, D. et Slocum, J.W. (1974). « Organizational Climate : Measures, Research and Contingencies », *Academy of Management Journal*, vol. 17, n° 2, p.255-280.

Herzberg, F. (1978). *Le travail et la nature de l'homme,* Paris, Entreprise moderne d'édition.

Heurgon, É. et Landrieu, J. (2000). *Cerisy : Prospective pour une gouvernance démocratique*, Paris, Éditions de l'Aube : 379 p.

Hofstede, G. (2011). *Culture's Consequences : Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations across Nations*, London, New Delhi, Sage Publications, Thousand Oaks.

Holland, W. (1983). *Evaluation of health care*, New York, NY, Oxford University Press.



Howe, J. (1974). « Group Climate : An exploratory Analysis of Construct Validity », *Organizational Behavior and Human Performance*, vol. 19, n° 1, p. 106-125. http://ec.europa.eu.

Iezzoni, L.I. (2003). *Risk adjustment – measuring health care outcomes*, Chicago, Health Administration Press.

Iezzoni, L.I. (2009). « Risk adjustment for performance measurement », dans Smith, P.C., Mossialos, E., Papanicolas, I., Leatherman, S. (orgs), *Performance Measurement for Health System Improvement Experiences, Challenges and Prospects. Part III : Analytical methodology for performance measurement*, WHO Regional Office for Europe, p. 281-286.

Institute of Medicine (IOM) Committee on Quality of Health Care in America (2001). *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century*. DC : The National Academies Press.

Irvine, D., Evans, M. (1995). « Job Satisfaction and Turnover among Nurses : Integrating Research Findings across Studies », *Nursing Research*, vol. 44, n° 4, p. 246-253.

Ison, E., 2009. « The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network », Health Promotion International, vol. 24 (suppl_1) : i64-i71.

Jabot, F. (2004). « L'évaluation des programmes régionaux de santé », *Actualités et dossier en santé publique,* n°46, p. 48-55.

Jabot, F. (2008). « L'évaluation, entre logique gestionnaire et production de sens », Éditorial, *Santé Publique*, 1, 3-4.

Jabot, F. *et al.* (2010). « Dispositifs d'évaluation et appropriation des résultats » dans F. Mouterde et S. Trosa (dir.), *Les nouvelles frontières de l'évaluation, 1989-2009, vingt ans d'évaluation des politiques publiques en France et demain ?,* L'Harmattan, p. 217-230.

Jabot, F. et Loncle, P. (2010). « Politiques locales » dans D. Fassin et B. Hauray (dir.), *Santé publique : l'État des* savoirs, Paris, Éditions La Découverte, p.372-382.

Jabot, F., Saunders, L. et Rush, E. (2009). « L'évaluation des plans régionaux de santé publique : quels enseignements sur les politiques régionales de santé ? », *Congrès de la Société française de santé publique*, Nantes 1-3 octobre 2009.

Jacobson, B., Mindell, J. et McKee, M. (2003). « Hospital mortality league tables », *BMJ*, vol. 326, n° 7403, p. 777-778.

Jarman, B., Gault, S., Alves, B., Hider, A., Dolan, S. et Cook, A.A. (1999). « Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data », *BMJ*, vol. 318, n° 5, p. 1515-1520.

Jarman, B., Pieter, D,. Van Der Veen, A.A., Kool, R.B., Aylin, P., Bottle, A., Westert, G.P. et Jones, S. (2010). « The hospital standardized mortality ratio : a powerful tool for Dutch hospitals to assess their quality of care ? », *Qual. Saf. Health Care*, vol. 19, p. 9-13.

Jobin, L. (dir.) (2008). *À la frontière des responsabilités des ministères et organismes publics : l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique. Bilan et perspectives 2002-2007.* Service des orientations en santé publique, Direction générale de la santé publique, Québec.

Jones, A.P. et James, L.R. (1979). « Psychological climate : Dimensions and relationships of individual and aggregated work environment perceptions », *Organizational Behavior and Human Performance*, vol. 23, nº 2, p. 201-250.

Jouet, E., Las Vergnas, O. et Noel-Hureaux, E. (2014). *Nouvelles coopérations réflexives en santé : De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*, Paris, Archives contemporaines.

Judge, T.A., Thoresen, C.J., Bono, J.E. et Patton, G.K. (2001). « The Job Satisfaction-Job Performance Relationship : A Qualitative and Quantitative Review », *Psychological Bulletin*, vol. 127, nº 3.

Judith, S. et Fadi, E.J. (2007). « Healthy workplaces for health workers in Canada : Knowledge transfer and uptake in policy and practice », *Healthcare Papers*, 7, (Sup), 6-25.

Kemm, J. (2001). « Health Impact Assessment : A Tool for Healthy Public Policy », *Health Promotion International,* vol. 16, nº 1, p. 79-85.

Kemm, J. (dir) (2013). *Health Impact Assessment. Past Achievement, Current Understanding and Future Progress*, Oxford University Press, Oxford.

Kickbusch, I. et Gleicher, D. (2012). « Governance for health in the 21st century », WHO Regional Office for Europe, 128 p., Copenhagen (Denmark).

Kickbusch, I. et Szabo, M. M. C. (2014). « A new governance space for health », *Global Health Action*, vol. 7 : 23507.

Kluckhohn, C. (1951). « Values and value-orientation in theory of action », dans T. Parsons, *Toward a general Theory of Action*, Cambridge, Harvard University Press.

Knapp, M. et Missiakoulis, S., 1983. « Predicting turnover rates among the staff of English and welsh old people's homes », *Social Science Medicine*, vol. 17, nº 1, p. 29-36.

Knaus, W.A., Draper, E.A., Wagner, D.P. et Zimmerman, J.E. (1986). « An evaluation of outcome from intensive-care in major medical-centers », *Annals of Internal Medicine*, vol. 104, nº 3, p. 410-418.

Knoepfel P., Larrue, C. et Varone, F. (2001). *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Genève, Bâle, Münich, Helbing et Lichtenhahn.

Koehoorn M., Lowe, G., Rondeau, K., Schellenberg, G. et Wager, T. (2002). *Creating high-quality health care workplaces*. Canadian Policy Research Network, discussion paper, nº 14. http://www.cprn.org/doc.cfm?l=enetdoc=55

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. et Donaldson, M.S. (eds) (2000). *To err is human - building a safer health system.* Institute of Medicine, Washington DC : National Academy Press.

Kovner, C. et Gergen, P. (1998). « Nurse staffing level and adverse events following surgery in US hospitals », *Journal off Nursing Scholarship*, vol. 30, nº4, p. 315-321.

Kristof, A.L. (1996). « Person-Organization fit : An integrative review of its conceptualizations, measurements, and implications », *Personnel Psychology*, vol. 49, p. 1-49.

Kuty., O. (1997). *La négociation des valeurs*, Paris/Bruxelles, De Boeck.



Lacoursière, A. (24 février 2016). *Prévention en santé : « Urgence d'agir » prévient un rapport*, http://www.lapresse. ca/actualites/sante.

Lagerstrom, M., Hansson, T. et Hagberg, M. (1998). « Work-related low-back problems in nursing », *Scandinavian journal of work environment et health*, vol. 24.

Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

Lamarche, P., Joubert, P., Maranda, M-A., (23 avril 2016). « Lettre à la vérificatrice générale - La situation dans le secteur de la santé nous inquiète », *Le Devoir.*

Lamarche, P., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M. et Vallières-Joly, M. (2001). « L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humaines et cliniques ? », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 8, nº 2, p. 71-92.

Lankshear, A.J., Sheldon, T.A. et Maynard, A. (2005). « Nurse Staffing and Healthcare Outcomes : A systematic review of the International Research Evidence », *Advances in Nursing Science*, vol. 28, nº 2, p. 163-174.

Larrabee, J.H, Janney, M. et Ostrow, C.L. (2003). « Predicting registered Nurse Job Satisfaction and Intent to leave », *Journal of Nursing Administration*, vol. 33, nº 5, p. 271-283.

Le Blanc, G. (octobre 2004). « L'extension du pouvoir médical », *Le magazine littéraire,* nº 435.

Le Conseil de la santé et du bien-être (2004). *Towards a comprehensive and integrated assessment of Quebec's Health and Social Services System*, Gouvernement du Québec, Québec.

Le Moigne, J.-L. (1977). *La théorie du système général, théorie de la modélisation*, Paris, Seuil.

Légaré, F. (2009). « Le partage des décisions en santé entre patients et médecins », *Recherches sociographiques*, L, 2, 283-299.

Légaré, F. et Whitteman, H.O. (2013). « Shared decision-making : examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice », *Health Affairs (Millwood)*, 32, 2, 276-284.

Leggat, S.G., Narine, L., Lemieux-Charles, L., Barnsley, J., Baker, G.R., Sicotte, C., Champagne, F. et Bilodeau, H. (1998). « A review of organizational performance assessment in heath care », *Health Serv Manage Res*, vol 11, nº 1, p. 3-23.

Leiter M.P., Harvie, P. et Frizell, C. (1998). « The Correspondence of Patient Satisfaction and Nurse Burnout », *Social Science and Medicine*, vol. 47, nº 10, p. 1611-1617.

Leloup, F., Moyart, L. et Pecqueur, B. (2005). « La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? », *Géographie Économie Société*, vol. 7, nº 4, p. 321-332.

Levesque, J.-F., Roberge, D. et Pineault, R. (2007). « La première ligne des soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec ? » dans M.-J. Fleury *et al.*, *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation,* Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 63-78.

Lhuilier, D. (2010). « L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens travail-santé », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 28, nº 2.

LI, J., WOLF, L. et EVANOFF, B., 2004. « Use mechanical patient lifts decreased musculoskeletal symptoms and injuries among health care workers », *Injury Prevention*, vol. 10, p. 212-216.

LIED, T.R, KAZANDJIAN, V. (1999). « Performance : A multi-disciplinary and conceptual model », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 5, nº 4, p. 393-400.

LOBNIG, H., KRAJIC, K. et PELIKAN, J. (1999). « The International WHO-Network for Health Promoting Hospitals : State of development of concepts and projects - 1998 », *Health Promoting Hospitals in Practice : Developing Projects and Networks*, ed. by BERGER, H., KRAJIC, K. et PAUL, R., Proceedings of the 6th International Conference on Health Promoting Hospitals, Darmstadt, G. Conrad, Health promotion Publications, Gamburg, Germany.

LOCKE, E. (1976). « The nature and causes of job satisfaction », dans M.D. DUNNETTE (dir.), *Hanbook of Industrial and Organizational Psychology*, Chicago, Rand McNally, p1297-1350.

LONG, A.F. (1985). *Health services performance*, New Hampshire, MA, Groom Helm LTD.

LONG. M.J. (1994). « THE MEDICAL CARE SYSTEM », Ann Arbor, Michigan, Auphs Press, Health administration Press.

LORINO, P. (1997). *Méthodes et pratiques de la performance*, Paris, Éditions des organisations.

LU, H., WHILE, A. et BARIBALL, N. (2004). « Job Satisfaction among Nurses : a literature review », *International Journal of Nursing Studies,* vol. 42, p. 211-227.

MACDAVIT, K., CHOU, S.S. et STONE, P.W. (2007). « Organizational Climate and Health Care Outcomes », *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 33, nº 11.

MACHADO, J.P., MARTINS, A.C.M., MARTINS, M.S. (2013). « Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil : uma revisão sistemática », Cad. Saúde Pública, vol, 29, nº 6, p. 1063-1082.

MACHADO, J.P., MARTINS, M., LEITE, I.C. (2016). Variação do desempenho hospitalar segundo fontes de pagamento nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública [online], 2016, vol. 32, nº 7, e00114615.

MACKENBACH, J. *et al.* (2008). *Final Eurothine Report.* Rotterdam, Departement of Public Health, University Medical Centre Rotterdam, http://survey.erasmus.nl/eurothine/index.php?id=112,0,0,1,0,0 [consulté le 17 août 2010].

MARMOT, M. *et al.*, (2008). « Closing the gap in a generation health equity through action on the social determinants of health », *The Lancet*, 372, 9650, 1661-1669.

MARTINS, M., BLAIS, R., LEITE, I.C. (2004). « Mortalidade hospitalar e tempo de permanência : comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil », *Cad. Saúde Pública*, vol. 20, suppl. 2, p. S268-S2.

MARTINS, M., PORTELA, M.C., NORONHA, M.F. (2010). « Desempenho hospitalar : avaliação do tempo de permanência e mortalidade entre prestadores no estado do Rio de Janeiro », em Ugá MAD, Sá MC, MARTINS, M., BRAGA NETO, F.C. (Org.), *A Gestão do SUS no âmbito estadual : o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro : Fiocruz, p. 241-278.

Maslach, C. et Jackson, S.E. (1981). « The measurement of experienced burnout », *Journal of Organizational Behavior*, vol 2, nº 2, p. 99-113.

Massé, R., et J. Morisset (2008). « Enjeux et défis en santé publique », *Santé, société et solidarité*, vol. 2, p. 83-90.

McGillis-Hall, L. (2005). *Quality of Work Environments for Nurse and Patient Safety.* Mississauga, Jones et Bartlett Publisher.

Médecins québécois pour le régime public (octobre 2014). *Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux concernant le projet de loi 10*, MQRP.

Meglino, B.M, Ravlin, E.C. et Adkins, C.L. (1992). « The Measurement of Work Value Congruence : A Field Study Comparison », *Journal of Management*, vol. 18, nº 1.

Meglino, B.M. et Ravlin, E.C. (1998). « Individual Values in Organizations : Concepts, Controversies, and Research », *Academy of Management*, vol. 24, nº 3.

Ménard, J.P. (28 octobre 2014). *Analyse du projet de Loi 10 – Le projet de loi comporte de graves conséquences pour les droits et les besoins des usagers du système de santé*, Ménard, Martin, avocats.

Mendes, W., Martins, M., Rozenfeld, S. et Travassos, C. (2009). « The assessment of adverse events in hospitals in Brazil », *Int J Qual Health Care, vol.* 21, nº 4, p. 279-284.

Mendes, W.M., Noronha, J., Travassos, C., Martins, M., Lajolo, C., Caldas, B., Portela, M.C., Grabois, V., Quadros, A., Pereira, T.R., Aprato, C. (2013). *Qualidade de Serviços de Saúde no SUS (Qualisus) : Uma contribuição para a gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS*. Relatório final, Ministério da Saúde, 221p. Disponível em https://proqualis.net/relatorio/qualidade-de-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde-no-sus-qualisus-uma-contribui%C3A7%C3%A3o-para-gest%C3%A3o-da-qualidade [consultado em 05 de janeiro de 2017].

Menzies, T. (2007). *Reflections on ways HIA can be made most useful to Local Government in NSW*, Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales, Sydney.

Meyer, A.D., Tsui, A.S., et Hinings, C.R. (1993). « Configurational approaches to organizational analysis », *Academy of Management Journal*, 7, 233-249.

Meyerson, D. et Martin, J. (1987.) « Cultural change : An integration of three different views », *Journal of Management Studies*, vol. 24, nº 6, p. 623-647.

Ministère de l'économie et des finances (2012). Guide pratique de la LOLF. Comprendre le budget de l'Etat, http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/files/documents/ressources_documentaires/publications/guide_pratique_lolf/2012/guidelolf2012.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du MSSS*, Gouvernement du Québec, Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux (2016), Réorganisation du réseau, site http://www.msss.gouv.qc.ca/réseau/réorganisation.

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative, direction générale de la santé (2007), *Situation des GRSP : bilan au 31 juillet 2007*, non publié.

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative, direction générale de la santé (2008). *Évaluation des plans régionaux de santé publique : quelques repères pour les acteurs*, Paris, non publié.

Modway, R.T, Porter, L.W. et Steers, R.M. (1982), *Employee-Organization Linkages : The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*, Academic Press, New York.

Montague, K., Blietz, C. M. et Kachur, M. (2009). « Ensuring quieter hospitals environments », *American Journal of Nursing*, 109, 9, 65-67.

Morin, E. (1977). *La méthode, tome 1 : La nature de la nature,* Paris, Seuil.

Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Seuil.

Morin, E. et Le Moigne, J.L. (1999). *L'intelligence de la complexité*, Paris, L'Harmattan.

National Research Council (2011). *Improving Health in the United States : The Role of Health Impact Assessment*, The National Academies Press, Washington DC.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. et Zelevinsky. K. (2002). « Nurse Staffing levels and the quality of care in hospitals », *New England Journal of Medecine*, vol. 346, nº 22, p. 1715-1722.

Noronha, J.C. et Pereira, T.R. (1998). « Health care reform and quality initiatives in Brazil », *Jt Comm J Qual Improv.*, vol. 24, nº 5, p. 251-263.

O'Brien-Pallas, L., Shamian, J., Thomson, D., Koehoorn, M., Kerr, M. et Bruce, S. (2004). « Work Related Disability in Canadian Nurses », *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 36, nº 4, p, 352-357.

O'Reilly, C., (1991). « Organizational Behavior : Where we' been, Where we're going », *Annual Review of Psychology*, vol. 42, p. 427-458.

Oisss (Observatoire international de la santé et des services sociaux). http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/observatoiresss/index.php?accueil-fr

Oms (Organisation mondiale de la santé). http://www.who.int/publications/fr/

Onyebuchi, A.A., Westert, G.P., Hurst, J. et Klazinga, N. (2006). « A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project », *International Journal for Quality in Health Care*, 5-13.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, Genève, Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1999). *Étude de l'impact sur la santé : principaux concepts et méthode proposée ; Consensus de Göteborg.* Rennes, Traduction S2D/Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones (juillet 2005).

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2002). « Fonctions essentielles de santé publique : le rôle des ministères de la santé », Kyoto (Japon), Bureau régional du Pacifique Oriental, 26 p.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2003). *Phase IV du Réseau des Villes-Santé de l'OMS de la Région européenne : objectifs et conditions de participation*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2009). *Phase V du Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS : objectifs et conditions.* Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

Organisation mondiale de la santé (OMS) et Gouvernement de l'Australie du Sud (2010). Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques ; http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/french_adelaide_statement_for_web.pdf?ua=1 [consulté le 4 novembre 2012].

Ostroff, C., Shin, Y. et Kinicki, A. (2005). « Multiple perspectives of congruence : relationships between value congruence and employee attitudes », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 26, n° 6, p. 591-623.

Parker, C. (2003). « Relationships between psychological climate and work outcomes : A meta-analytical Review », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 24, n° 4, p. 389-416.

Parsons, T. (1937). *The Structure of Social Action*, New York, McGraw-Hill.

Parsons, T. (1951). *Toward a general theory of action. Harper et Row*, New York and Evanston.

Parsons, T. (1971). *The system of modern societies*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, traduit par G. Melleray, Dunod.

Parsons, T. (1977). *Social systems and the evolution of action theory*, New York, Free Press.

Parsons, T. et Shils, E. (1957). *Toward a General Theory of Action*, Cambridge, MA, Harvard University Press.

Patterson, M.G., West, M.A., Shackleton, V.J., Dawson, J.F., Lawthom, R., Maitlis, S., Robinson, D.L. et Wallace, A.M. (2005). « Validating the organizational climate measure : links to managerial practices, productivity and innovation », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 26.

Patton, M.Q. (2011). *Developmental Evaluation : Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use,* New York, The Guilford Press.

Pelican, J.M. (2007). « Health Promoting Hospitals – Assessing developments in the network », *Italian Journal of Public Health*, 4, 4, 261-270.

Perret, B. (2006). « De l'échec de la rationalisation des choix budgétaires (RCB) à la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) », *Revue française d'administration publique*, n° 117 (1), 31-41.

Peters, T.J. et Waterman, R.H. (1982). *In search of excellence : lessons from American's best-run companies*, New York, Harper and Row.

Petty, M.M, McGee, G.W. et Cavender, J.W. (1984). « A Meta-Analysis of the Relationships between Individual Job Satisfaction and Individual Performance », *Academy of Management Review*, vol. 9, n° 4.

Planetree (2003). *Putting Patients First- Designing and Practicing Patient-Centered Care*, Frampton, S., Gilpin, L., and Charmel, P.A. (ed.), John Wiley et Sons Inc., USA.

Plateforme suisse pour l'EIS (2010). *Guide d'introduction à l'Évaluation d'Impact sur la Santé en Suisse*, Lausanne (Suisse).



Politi, M.C., Wolin, K.Y. et Légaré, F., (2013). « Implementing clinical practice guidelines about health promotion and disease prevention through shared-decision making », *J. Gen. Internal Medicine*, 28, 6, 838-844.

Pomey, M.-P., Denis, J.-L. et Contandriopoulos, A.-P. (2008). « Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé », *Pratiques et organisation des soins*, vol. 39, nº 3 p. 183-194.

Pomey, M.-P. et Dubois, C.-A. (2007). « L'analyse comparative des systèmes de santé : réformes et enjeux » dans *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation,* M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 133-158.

Portal, Proqualis (2012). *Proqualis aprimorando praticas de saúde*. Disponível em http://proqualis.net/. [consultado em 30 de maio de 2012].

Portela, M.C., Lima, S.M.L., Martins, M., Travassos, C. (2016). « Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde : bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde ». Cad. Saúde Pública [online], vol. 32, suppl.2 . Epub 03-Nov-2016. DOI : 10.1590/0102-311X00105815.

Posner, B.Z. et Schmidt, W.H. (1993). « Values congruence and differences between the interplay of personal and organizational value systems », *Journal of Business Ethics*, vol. 12, nº 5, p.331-347.

Powell, G. et Butterfield, D., 1978. « The case for subsystem climates in organizations », *Academy of Management Review*, vol. 3, nº 1, p. 151-157.

Price, J.L. et Mueller, C.W. (1981). « A causal model of turnover for nurses », *Academy Management Journal*, vol. 24, nº 3, p. 543-565.

Price, M. (2002). « Job satisfaction of registered nurses working in acute hospitals », *British Journal of Nursing*, vol. 11, nº 4, p. 275-280.

Projet d'agglomération franco-valdo-genevois. Site contenant les données présentées ici : http://www.projet-agglo.org/mediatheque/projet-agglomeration-2007/59 et EIS sous http://www.projet-agglo.org/sites/default/files/fichiers/projet-agglomeration1/annexes/cahier-annexe-6_decembre2007.pdf

Projeto metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS) (2012). *Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. O modelo de avaliação do* PRO-ADESS. Disponível em http://www.proadess.cict.fiocruz.br/. [consultado em 28 de maio de 2012].

Quigley R., den Broeder, L., Furu, P., Bond, A., Cave, B. et Bos, R. (2006). *Healtrh Impact Assessment International Best Practice Principles.* Special Publication Series No. 5. Fargo (USA), International Association for Impact Assessment (IAIA).

Quinn, R.E. (1991). *Beyond rational management, mastering the paradoxes and competing demands of high performance*, Jossey-Bass Publishers.

Quinn, R.E. et Rohrbaugh, J. (1983). « A spatial model of effectiveness criteria : Towards a competing values approach to organizational analysis », *Management Science*, 29, 363-377.

Raffelini, C., Charier, M.D., Rey, L. et Colin, C. (Juin 2013). « Hôpitaux promoteurs de la santé : vingt ans d'histoire, neuf cents établissements membres », *La santé en action, Dossier promouvoir la santé à l'hôpital*, INPES, France, 424, 20-23.



Reason, J. (2000). « Human error : models and management », *BMJ*, vol. 320, nº 7237, p. 768-770.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (2012). *Sistematizando informação e construindo conhecimento para política de saúde*, BVS, biblioteca virtual em saúde. http://www.ripsa.org.br. [consultado em 30 de maio de 2012].

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal, (novembre 2014), *Rapport d'analyse du projet de loi 10*, RIOCM, Montréal, Québec.

Reichiers, A. et Schneider, B. (1990). « Climate and culture : an evolution of construct », dans B. Schneider (dir.), *Organizational Climate and Culture*, San-Fransisco, Jossey-Bass Publishers.

Réseau montréalais des CSSS et des HPS (2011). *Guide pour la promotion de milieux de travail sains dans le réseau de la santé et des services sociaux*, Agence de la santé et des services sociaux, gouvernement du Québec, Québec.

Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (12 novembre 2014). *Le projet de Loi 10 : une opportunité à saisir pour faire des CISSS des milieux exemplaires promoteurs de santé*, Mémoire à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre du projet de Loi nº 10, loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences.

Réseau québécois des établissements promoteurs de santé (2017). Liste des membres, Centre intégré des services de santé et services sociaux du Centre-Sud de l'Île de Montréal, http://www.eps.santemontreal.qc.ca/le-reseau-quebecois/membres.

Réseau québécois des établissements promoteurs de santé, (Décembre 2012). « Mot du coordonnateur », *Cyberlettre Destination Santé*, 2, 1, Agence de santé et services sociaux de Montréal, Montréal, Québec.

Robertson, A., Gilloran, A., McGlew, T., McKee, K. et Wight, D. (1995). « Nurses job-satisfaction and the quality of care received by patients in psychogeriatric wards », *International Journal of Geriatric*, 10(7).

Rocher, G. (1972). *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, Paris, P.U.F.

Rocher., G. (1992). *Introduction à la sociologie générale*, Édition Hurtubise.

Rocher., G., (1988). *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, Les classiques des Sciences Sociales, Université de Montréal.

Rogers, B. (1997). « Health Hazards in Nursing and Health care : An overview », *American Journal of Infection Control*, vol. 2, nº 3, p. 248-261.

Rogers, P. (2008). « Using Program Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Intervention », *Evaluation : the international journal of theory, research and practice*, 14, 1, p. 29-48.

Rokeach, M. et Ball-Rokeach, J. (1989). « Stability and Change in American Value Priorities, 1968-1981 », *American Psychologist*, vol. 44 (May), p. 775-784.

Rokeach, M., 1973. *The nature of human values*, New York, Free Press.

Rolimm, C.L.R.C., Martins, M. (2011). Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS », *Cad. Saúde Pública,* vol. 27, nº 11, p. 2106-2116. Rotar, A., Van den Berg, M.J., Kringos, D.S., Klazinga, N.S., 2016. « Reporting and

use of the PECD health care quality indicator at national and regional level in 15 countries », *Int. J. for Quality in Health Care*, vol. 26, nº 3, p. 398-404.

Roy, D.A., Litvak, E. et Paccaud, F. (2010). *Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Québec, Le Point en administration de la santé et des services sociaux.

Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H. et Lewall, P. (2009). « Towards an international classification for patient safety : key concepts and terms », *Int J Qual Health Care,* vol 21, nº 1, p. 18-22.

Rushmer, R., Kelly, D. *et al.* (2004). « Introducing the learning practice – I. The characteristics of learning organizations in primary care », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10, 3, 375-386.

Schein, (1985). *Organizational culture and leadership : a dynamic view*, San Fransisco. Jossey-Bass.

Schneider, B. (1975). « Organizational climates : an essay », *Personnal Psychology*, vol. 28, p. 447-479.

Schneider, B. et Reichers, A. (1983). « On the Etiology of Climates », *Personnel Psychology*, vol. 36, nº 1, p. 19-36.

Schneider, B., Parklington, J.L. et Buxton, V.M. (1980). « Employee and customer perceptions of service Banks », *Administrative Science Quaterly*, vol. 25, nº 2, p. 252-267.

Scott-Samuel, A. (1998). « Heath Impact Assessment – theory into practice », *J. Epidemiol Community Health*, 52, p. 704-705.

Shanafelt, T.D, West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T. et Sloan, J. (2005). « Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy qmong internal medicine residents », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, nº 7.

Shekelle, P. G., Pronovost, P., Wachter, R.M., McDonald, K.M., Schoelles, K. et Dy, S.M. *et al.* (2013). « The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now », *Annals of Internal Medicine*, vol. 158 (5_Part_2) : 365-368.

Sheldon, T. (1998). « Promoting health care quality : what role performance indicators ? », *Quality in Health Care*, 7(suppl) : S45-S50.

Sicotte, C., Champagne, F. et Contandriopoulos, A.-P. (1998a). « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », *Rupture - Revue Transdisciplinaire en santé*, 6, 1, 34-46.

Sicotte, C., Champagne, F. et Contandriopoulos, A.-P. (1999). « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », *Rupture*, 6, 1, p. 34-46.

Sicotte, C., Champagne, F. et Contandripoulos, A.-P. *et al.* (1998). « A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance », *Health Services Management Research*, vol. 2, nº 1, 29-41.

Simos, J. (2006). « Introducing Health Impact Assessment (HIA) in Switzerland », Editorial dans *Social and Preventive Medicine*, vol. 51, nº 3 p. 130-132.

Simos, J. (2010). « Évaluation d'impact sur la santé pour réduire les inégalités : l'exemple de Genève », *Réduire les inégalités sociales en santé*, Collection Santé en action, Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) et Université de Montréal, St-Denis (Paris).



SIMOS, J. et CANTOREGGI, N. (2008). « Mise en œuvre des EIS à Genève (Suisse) et utilisation de leurs résultats dans le processus législatif », *Téléscope, Revue d'analyse comparée de l'Observatoire de l'administration publique*, École nationale d'administration publique, Québec, vol. 14, nº 2, p. 51-61.

SIMOS, J. et CANTOREGGI, N.L. (2015). « Vers une nouvelle santé urbaine ? Les enseignements à tirer après plus de 25 ans de Villes-Santé OMS », *Urbia*, vol. 18, p. 21-38.

SIMOS, J., PRISSE, N. et CANTOREGGI, N.L. (2013). *« HIA in Switzerland and France »; in Past Achievement, Current Understanding and Future Progress in Health Impact Assessment*, John Kemm, Editor, Oxford University Press, Oxford.

SMITH, P., MOSSIALOS, E., PAPANICOLAS, I. et LEATHERMAN, S. (2009). « Principles of performance measurement : Introduction », *Performance measurement for health system improvement : experiences, challenges and prospects*, p. 3-23.

SOSSA, O., CHAMPAGNE, F. et LEDUC, N. (2011). « Illustration d'une expérience d'intégration régionale des soins basée sur une approche populationnelle », *Pratiques et organisation des soins*, vol. 42, p. 235-244.

SPARKS K, FARAGHER, B. et COOPER, C. (2001). « Well-Being and Occupational Health in the 21st Century Workplace », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 74, p. 481-509.

SPECTOR, P.E. (1997). *Job satisfaction : application, assessment, causes and consequences*, London, Sage Publications.

ST-PIERRE, L. et GAUVIN, F.-P. (2010). « Intersectoral governance for Health in All Policies : an integrated framework », *Public Health Bulletin SA*, vol. 7, nº 2, p. 31-36.

STAME N., 2004. « Theory-Based Evaluation and Types of Complexity », *Evaluation*, 10, 1, p. 58-76.

STAW, B.M. (1980). « The Consequences of Turnover », *Journal of occupational behaviour*, vol. 1, nº 4.

STONE, P., MOONEY-KANE, C., LARSON, E., HORAN, T. et GLANCE, L. (2007a). « Nurse working conditions and patient safety outcomes », *Medical Care*, vol. 45, p. 571-578.

STONE, P.W., DU, Y. et GERSHON, R.R. (2007b). « Organizational climate and occupational health outcomes in hospitals nurses », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 49, nº 1.

STRANGE, Kurt C. (2002). « The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions », *Ann Fam Med*, 2009, 7 100-1003.

SUÁREZ-HERRERA, J. C. (2010). *L'intégration organisationnelle de la participation. Des enjeux locaux pour une santé publique globale*, Thèse de doctorat. Montréal : Département d'administration de la santé (Université de Montréal).

SUÁREZ-HERRERA, J. C. et DENIS, J.-L., (2012). « La gouvernance intersectorielle du réseau de la santé et des services sociaux au Québec » dans P. TREMBLAY (dir.). *L'administration contemporaine de l'État : une perspective canadienne et québécoise* (p. 63-78), Québec, Presses de l'Université du Québec.

SUÁREZ-HERRERA, J. C., CHAMPAGNE, F. et CONTANDRIOPOULOS, A.-P. (2010). « Les enjeux organisationnels de la participation communautaire dans un contexte de modernisation réflexive. Le cas des conseils locaux de santé au Brésil », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 23, nº 1, p. 206-221.

Suárez-Herrera, J. C., O'Shanahan Juan, J. J. et Serra-Majem, Ll. (2009). « La participación social como estrategia central de la Nutrición Comunitaria para afrontar los desafíos asociados a la transición nutricional », *Revista Española de Salud Pública*, vol. 83, nº 6, p. 791-803.

Suárez-Herrera, J.C., White, D. et Battaglini, A. (2013). « La recherche participative en CSSS-CAU : le cas du partenariat ARIMA comme réseau innovateur de traduction des savoirs », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 25, nº 2, p. 73-88.

Tett, R.P. et Meyer, J.P. (1993). « Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention and turnover : Path analysis based on meta-analytic findings », *Personnel Psychology*, vol. 46, nº 2, p. 259-273.

Thiebaut, G-C. (2013). *Les dimensions négligées de l'évaluation de la performance des systèmes de santé : les valeurs et la qualité de vie au travail*, Thèse de PhD (santé publique), Université de Montréal.

Thiebaut, G-C., Champagne, F. et Contandriopoulos, A.-P. (2015). « Les enjeux de l'évaluation de la performance : dépasser les mythes », *Canadian Public Administration* 58 (1), 39-62.

Thiebaut, G. C. (2010). *Valeurs et qualité de vie au travail : des concepts à l'opérationnalisation*, Congrès COLUFRAS, Campo Grande, Brésil.

Thiebaut, G.C. (2013). *Les dimensions négligées de l'évaluation de la performance : les valeurs et la qualité de vie au travai*l, Thèse de doctorat, Université de Montréal.

Tourangeau, A.E, Doran, D.M., McGillis, L., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J.V. et Cranley, L.A (2006). « Impact of hospital nursing care on 30-days mortality for acute medical patients », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 57, nº 1, p. 32-44.

Tovey, E., Adams, A. (1999). « The changing nature of nurse's job satisfaction : an exploration of source satisfaction in the 1990s », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 27, nº 1, p. 150-158.

Trinkoff, A., Brady, B. et Nielsen, K. (2003). « Workplace prevention and musculoskeletal injuries in Nurses », *Journal of Nurse Administration*, vol. 33, nº 3, p. 153-158.

Trinkoff, A., et Johantgen, M. (2005). « Staffing and worker injury in nursing homes », *American Journal of Public Health*, vol. 95, nº 7, p. 1220-1225.

Trottier, L.-H. (2010). « Le territoire des CSSS, la responsabilité populationnelle et la gouvernance locale », *Infolettre. Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé*, vol. 7, nº 1, p. 2-7.

U.S. Department for health and human service, « *Hospital compare – a quality tool provide by Medicare* », Disponível em : http://www.hospitalcompare.hhs.gov). [consultado em 29 de maio de 2012].

Union européenne (1997). *Traité d'Amsterdam modifiant le Traité sur l'Union européenne, les Traités instituant les Communautés européennes*, Journal officiel nº C 340 du 10 Novembre 1997

Unruh, L. (2008). « Nurse Staffing and Patient, Nurse, and Financial Outcomes », *American Journal of Nursing*, vol. 108, nº 1, p. 62-71.

Vahey, D.C, Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P. et Vargas, D. (2004). « Nurse burnout and patient satisfaction », *Medical Care*, vol. 42, nº 2, p. 1157-1166.



Vahtera, J., Kivimäki, M. et Pentti, J. (1998), « Effect of organisational downsizing on health of employees », *Lancet*, vol. 350, p. 1124-1128.

Vandenberghe, C. (1999). « Organizational Culture, person-culture fit, and turnover : A replication in the health care industry », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 20, p. 175-184.

Varela, F.J. (1989). *Autonomie et connaissance,* Paris , Éditions du Seuil.

Veenstra, G., et Lomas, J. (1999). « Home is where the governing is : social capital and regional health governance », *Health et Place*, vol. 5, n° 1, p. 1-12.

Verquer, M.L., Beehr, T.A. et Wagner, S.H. (2003). « A meta-analysis of relations between person-organization fit and work », *Journal of Vocational Behavior*, vol. 63, p. 473-489.

Veyne, P. (2008). *Foucault. Sa pensée, sa personne,* Paris, Albin Michel.

Vézina, M. (2002). « Les fondements théoriques de psychodynamique du travail », dans Neboit, M., Vézina, M. (dir.), *Stress au travail et santé psychique*, Éditions Octares.

Viacava, F., Almeida, C., Caetano, R., Fausto, M., Macinko, J., Martins, M., Noronha, Jc., Novaes, H.M.D., Oliveira, E., Porto, S., Szwarcwald, C. (2004). « Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro », *Ciência et Saúde Coletiva*, vol. 9, n° 3, p.711-724.

Viacava, F., Laguardia, J., Ugà, M.A.D., Porto, S.M., Moreira, R.S., Barros, H.S., Silva, H.S. (2011). *PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro : indicadores para monitoramento.* Relatório final. Laboratório de Informações em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação em Ciencia e tecnologia, Fundação Oswaldo Cruz, 297 páginas. Disponível em http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIOFINAL24-5-2011.pdf. [consultado em 18 de maio de 2012].

Vicca, A.F. (1999). « Nursing staff workload as a determinant of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* spread in an adult intensive therapy unit », *Journal of Hospital Infection*, vol. 43, n° 2, p. 109-113.

Vuori, H. (1982). *Quality assurance of health services*. Copenhagen : World Organization, Denmark.

Wallace, J.E., Lemaire, J.B. et Ghali, W.A. 2009. « Physicians wellness : A missing quality Indicator », *Lancet*, vol. 374, n° 9702, p. 1714-1721.

Wennberg, J.E. (2010). *Tracking medicine a researcher's quest to understand health care.* NY : Oxford University Press.

West, P.C., Huschka, M.M., Novotny, P.J., Sloan, J.A., Kolars, J.C., Haberman, T.M. et Shanafelt, T. (2006). « Association of perceived Medical Errors with Resident Distress and Empathy : A prospective Longitudinal Study », *Journal of American Medical Association*, 296(9).

White, D., Dufour, P., Garon, F., Guay, L., Brum-Schäppi, P., Galarneau, M. et Lefrançois, É. (2008). « La gouvernance intersectorielle à l'épreuve. Évaluation de la mise en œuvre et des premières retombées de la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire », Montréal, Université de Montréal.

Whitehead, D. (2004). « The European Health Promoting Hospitals (HPH) projects : How far on ? », *Health Promotion International*, 19, 2, 259-267.

WHO Regional Office for Europe (1998). « The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals », dans *Pathways to a Health promoting Hospital*, edited by Pelikan, J., Garcia-Barbero, M., Lobnig, H., Krajic, K., HPH Series vol. 2, 457.

WHO Regional Office for Europe (2003). *Standards for health promotion : development of indicators for a self-assessment tool*. www.euro.who.int/document/E84988.pdf, accessed 08 May 2006.

WHO Regional Office for Europe (2006). *Implementing Health Promotion in Hospitals-Manual and Self-Assessment Forms*, Ed. Oliver Groene, Division of Country Health Systems.

Wilkinson, R. et Pickett, K. (2009). *The spirit level : Why more equal societies almost always do better*, New York, Bloomsbury press.

Wilsford, D. (1994). « Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform heath care systems in a big way », *Journal of Public Policy*, vol. 14, nº 3, 251-283.

Wismar, M., Blau, J., Ernst, K. et Figueras, J. (2007). *The effectiveness of Health Impact Assessment : Scope and Limitations of Supporting Decision-making in Europe*, Copenhagen, WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf [consulté le 4 novembre 2012].

Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K. et van Ginneken, E. (2011). *Cross-border health care in the European Union mapping and analyzing practices and polices,* World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Polices.

Wray, N.P., Ashton, C.M., Kuykendall, D.H. et Hollingsworth, J.C. (1995). « Using Administrative databases to evaluate the quality of medical care : a conceptual framework », S*ocial Science et Medicine,* vol. 40, nº 12, p. 1707-1715.

Yedidia, M. (2007). « Transforming doctor-patient relationships to promote patient-centered care : Lessons from palliative care », *Journal of Pain and Symptom Management*, 33, 1, 40-57.

Zegers, M., Bruijne, M.C., Wagner, C., Hoonhout, L.H.F, Waaijman, R., Smits, M., Hout, F.A., Zwaan, L., Christiaans-Dingelhoff, I., Timmermans, D.R., Groenewegen, P.P. et van der Wal, G. (2009). « Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals : results of a retrospective patient record review study », *Qual. Saf. Health Care,* vol. 18, nº 4, p. 297-302.

Zimmerman, B.J., Dubois, N. *et al.* (2012). « En quoi la complexité a-t-elle des répercussions sur l'évaluation ? », *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 26, 3, p. xiii-.

Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A.L., Hebel, J.R., Sloane, P.D., Magaziner, J. (2002). « Nursing Home facility risk factors for infection and hospitalization : importance of registered nurse turnover, administration and social factors », *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 50, nº 12, p. 1987-1995.



Les collaborateurs

Gilson de Cássia Marques de Carvalho a été médecin pédiatre en Santé publique et professeur agrégé de la Faculté de santé publique de l'Université de São Paulo. Membre fondateur de l'Institut de droit sanitaire appliqué, une ONG qui produit des analyses de conjoncture sur le système de santé brésilien, selon une optique juridique. Décédé en 2014, il a été consultant du Conseil national des secrétaires municipaux à la santé – (CONASEMS), conférencier de prestige et professeur invité au sein de plusieurs universités du Brésil.

François Champagne est professeur titulaire de gestion, de politique et d'évaluation au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'UdeM, chercheur régulier à l'IRSPUM et collaborateur à l'unité de santé internationale de l'ESPUM. Il a été adjoint scientifique de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (maintenant la FCASS) de 2003 à 2013, ainsi que président du Conseil consultatif de l'IRSC de 2004 à 2007. Il est l'un des fondateurs de HealNet / Relais. Depuis 1976, il est consultant pour des organismes de soins de santé, des organismes internationaux ainsi que pour différents gouvernements au Canada et à l'étranger.

André-Pierre Contandriopoulos est professeur émérite au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'UdeM et chercheur à l'IRSPUM. Membre de la Société royale du Canada depuis 1996 et de l'Académie canadienne des sciences de la santé depuis 2006, il a assumé de nombreuses charges administratives et participé à plusieurs groupes de travail gouvernementaux et il est récipiendaire d'un grand nombre de distinctions. Ses recherches et ses publications portent notamment sur l'organisation et le financement des systèmes de santé, la planification de la main-d'œuvre médicale, et l'évaluation des interventions. Il a une longue expérience d'enseignement et de consultant au Québec, au Canada et à l'étranger.



Fernando Passos Cupertino de Barros est médecin, chercheur et professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université fédérale de Goiás (Brésil). Il est cofondateur de la Conférence luso-francophone de la santé (COLUFRAS) et membre du Conseil consultatif de l'Institut d'hygiène et médecine tropicale de l'Université Nouvelle de Lisbonne (IHMT/UNL).

Nicole Dedobbeleer est professeure honoraire du Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'UdeM. En tant que chercheure à l'IRSPUM, ses travaux ont porté sur le contexte des comportements de santé et l'évaluation des programmes de promotion de la santé. Depuis 2000, elle s'intéresse au concept d'« hôpital promoteur de santé », son adaptation au contexte québécois et ses liens avec l'agrément d'organisations de santé au Canada. Plus récemment, elle a donné des cours sur la promotion de la santé et les nouvelles pratiques en santé à l'Institut Supérieur en Sciences infirmières de Kinshasa, en République démocratique du Congo.

Zulmira Maria de Araújo Hartz est chercheure à l'École nationale de santé publique (Fondation Oswaldo Cruz) du Brésil et vice-directrice et professeure invitée en Evaluation en santé à l'Institut d'hygiène et de médecine tTropicale de l'Université de Nouvelle Lisbonne (IHMT/UNL).

Françoise Jabot travaille depuis trente ans à la planification, à la conception, au pilotage et à l'évaluation de programmes et de politiques de santé. Après avoir passé dix ans dans des pays en développement, elle a intégré les services déconcentrés du ministère français de la Santé. Depuis 2002, elle est enseignante et chercheure à l'École des hautes études en santé publique de France, s'intéressant aux politiques de santé, à l'évaluation et à la démarche d'évaluation d'impact sur la santé. Elle a réalisé et accompagné plusieurs évaluations en France et en Afrique et a contribué à la production d'outils pédagogiques sur l'évaluation.

Annie-Claude Marchand est docteure en médecine, spécialiste de santé publique. Elle a travaillé en pédiatrie sociale (santé maternelle et infantile), dans un hôpital universitaire (information médicale) et à l'Institut national [français] de prévention et d'éducation pour la santé. En 2008, elle a rejoint l'administration régionale de la santé pour travailler à la planification, au pilotage et à l'évaluation de la politique régionale de santé, ainsi qu'à sa mise en œuvre à l'échelle territoriale. Elle a contribué à la rédaction d'un guide sur les plans régionaux de santé publique et piloté des évaluations d'ordres nationales, régional et local.

Mônica Martins est chercheure titulaire depuis 1989 au Département d'administration et de planification de la santé de l'École nationale de santé publique Sérgio Arauca, de la Fondation Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) à Rio de Janeiro

(Brésil). Elle s'intéresse à la qualité des soins de santé, à l'utilisation des services sanitaires, à l'évaluation et aux indicateurs de performance des systèmes de santé, à la sécurité du patient et à la gestion de risque.

Hung Nguyen cumule trente-cinq années d'expérience dans le réseau de la santé et de l'éducation au Québec. Il a œuvré dans les domaines de la planification stratégique et opérationnelle, de la recherche, de la conception et de la gestion de projets et de programmes, et de la conception de systèmes d'information. Il a contribué au développement du modèle EGIPSS et donné des formations sur les méthodes de priorisation, la gestion de projets, la gestion de programmes de santé et la réingénierie des processus inter- et intraétablissements à des étudiants étrangers. Il travaille à l'UdeM sur différents projets de recherche et d'évaluation de performance.

Robert Salois a eu une brillante carrière de plus de 35 ans en médecine dentaire. Actif dans plusieurs organisations professionnelles, il a été président de l'Ordre des dentistes du Québec et de la Fédération canadienne des organismes de règlement dentaire, en plus d'en être un des membres fondateurs. Jusqu'à sa nomination au poste de commissaire à la santé et au bien-être, il était examinateur au Bureau national d'examen dentaire. Il a été chargé de clinique à la Faculté de médecine dentaire de l'UdeM durant plusieurs années et a reçu des distinctions du Collège royal des dentistes du Canada, de l'Académie Pierre-Fauchard et du Collège américain des dentistes.

Françoise Schaetzel travaille depuis une vingtaine d'années dans le domaine de la santé publique : planification, conception, pilotage et évaluation de dispositifs de soins et de programmes de santé. Elle a été médecin généraliste pendant dix ans dans une banlieue de Strasbourg (France) avant d'intégrer les services du ministère de la santé français, où elle a notamment travaillé sur la santé des populations défavorisées. Elle a été également professeure à l'École nationale de santé publique en France (actuelle École des hautes études en santé publique) sur les politiques de santé publique et l'évaluation. Elle est actuellement inspectrice à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), une instance ministérielle chargée de questions relatives aux affaires sociales, à la santé, à la solidarité, à l'emploi, et au travail.

Jean Simos a été collaborateur scientifique puis responsable de l'unité de gestion des déchets de l'École polytechnique fédérale de Lausanne. Il est spécialiste en environnement et de la santé, en lien notamment avec l'évaluation et l'aide à la décision. Il est à l'origine de la « technique Simos », utilisée dans le logiciel SRF de l'Université de Paris-IX. Conseiller scientifique puis directeur adjoint de la Direction générale de la santé du canton de Genève, il est aussi coordinateur local



du réseau Villes-Santé de l'OMS. Il dirige depuis 2007 l'unité de recherche en environnement et en santé de l'Université de Genève, en plus d'être chargé de cours à la Faculté de médecine et membre du comité de direction de l'Institut des sciences de l'environnement.

Geneviève Ste-Marie est chercheure à l'IRSPUM, et coordonnatrice des projets sur la performance des organisations et des systèmes de santé pour l'Observatoire sur la performance des systèmes de santé de l'UdeM. Elle participe aux différents projets de recherche de ce groupe, ainsi qu'à la conception et à l'implantation de systèmes d'évaluation de la performance au Québec et dans différents pays.

José Carlos Suárez-Herrera est professeur en management stratégique des organisations et des systèmes de santé à KEDGE Business School et professeur associé au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'UdeM. Il est spécialiste de l'évaluation participative des interventions complexes (intersectorielles et multi-acteurs) dans les champs de la santé publique, de l'action humanitaire et de la coopération internationale. Il est chercheur en management de projets internationaux et de réseaux d'innovation sociale notamment au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (Canada), à l'Université Cheikh Anta Diop (Sénégal), au Centre d'excellence Economics and Finance Reconsidered – Emerging countries (France) et à la Chaire UNITWIN-UNESCO de IPD-SILOS (Espagne).

Georges-Charles Thiebaut est spécialiste de la gestion des organisations de santé. Ses recherches portent sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé et la mesure de la qualité de vie au travail et des valeurs, ainsi que sur la conception de systèmes d'aide à la prise de décision et de traduction des connaissances entre les scientifiques et les utilisateurs. Il est aussi consultant auprès d'organisations de santé et d'organismes communautaires. Il travaille actuellement comme adjoint scientifique au sein de l'Institut universitaire de première ligne de santé et de services sociaux de l'Estrie.

Table des matières



DEUXIÈME PARTIE
LES APPROCHES POUR ÉVALUER LA PERFORMANCE

TROISIÈME PARTIE
L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DANS DIFFÉRENTS PAYS



Autres titres de la collection Paramètres

A-B

Agriculture et paysage – Aménager autrement les territoires ruraux
Gérald Domon et Julia Ruiz (dir.)

L'aide canadienne au développement
F. Audet, M.-E. Desrosiers et S. Roussel (dir.)

Alimentation et vieillissement
Guylaine Ferland

L'analyse des politiques publiques
Luc Bernier, Guy Lachapelle et Stéphane Paquin (dir.)

Anatomie de la prison contemporaine
Marion Vacheret et Guy Lemire

L'approche systémique en santé mentale
Louise Landry Balas (dir.)

Approches et pratiques en évaluation de programmes
V. Ridde et C. Dagenais (dir.)

Les approches qualitatives en gestion
Mario Roy et Paul Prévost

L'art de soigner en soins palliatifs
Claudette Foucault et Suzanne Mongeau

L'autoformation : pour apprendre autrement
Nicole Anne Tremblay

L'autorégulation – Pour un dialogue efficace
Yves Saint-Arnaud

C-D

Le comportement électoral des Québécois
Éric Bélanger et Richard Nadeau

Comprendre le suicide
Brian L. Mishara et Michel Tousignant

Comprendre le système de santé pour mieux le gérer
Raynald Pineault

Constructions méconnues du français
Christine Tellier et Daniel Valois

Construire l'espace sociosanitaire – Expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé
François Aubry et Louise Potvin (dir.)

La coordination en gérontologie
Yves Couturier, Dominique Gagnon, Louise Belzile et Mylène Salles

La consultation en entreprise – Théories, stratégies, pratiques
Francine Roy

Culture mobile – Les nouvelles pratiques de communication
André H. Caron et Letizia Caronia

La délinquance sexuelle des mineurs. Approches cliniques
Monique Tardif, Martine Jacob, Robert Quenneville et Jean Proulx (dir.)

La démographie québécoise – Enjeux du XXIe siècle
V. Piché et C. Le Bourdais (dir.)

Les dictionnaires de la langue française au Québec – De la Nouvelle-France à aujourd'hui
M.C. Cormier et J.-C. Boulanger (dir.)

Les dictionnaires Larousse– Genèse et évolution
M. C. Cormier et A. Francœur (dir.)

Les dictionnaires Le Robert – Genèse et évolution
M. C. Cormier, A. Francœur et J.-C. Boulanger (dir.)

Diversité et indépendance des médias
Isabelle Gusse (dir.)

E-F

L'écriture journalistique sous toutes ses formes
Robert Maltais (dir.)

L'éducation aux médias à l'ère numérique. Entre fondations et renouvellement
Normand Landry et Anne-Sophie Letellier (dir.)

Éléments de logique contemporaine
François Lepage

Emploi et salaire, 3e édition
Jean-Michel Cousineau

Les enfants et leurs écrans. La réglementation canadienne de la télévision à Internet
André H. Caron

L'entrepreneuriat féminin au Québec – Dix études de cas
Louise St-Cyr, Francine Richer et Nicole Beaudoin

Équations différentielles
Mario Lefebvre

L'éthique clinique – Pour une approche relationnelle dans les soins
Hubert Doucet

L'éthique de la recherche – Guide pour le chercheur en sciences de la santé
Hubert Doucet

Éthique de l'information – Fondements et pratiques au Québec depuis 1960
Armande Saint-Jean

Éthique et soins infirmiers – Deuxième édition revue et mise à jour
Danielle Blondeau (dir.)

L'évaluation : concepts et méthodes
A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.)

Exercices corrigés d'équations différentielles
Mario Lefebvre

La face cachée de l'organisation – Groupes, cliques et clans
Luc Brunet et André Savoie

L'interview à la radio-télévision
Claude Sauvé

Le fédéralisme canadien contemporain – Fondements, traditions, institutions
Alain-G. Gagnon (dir.)

G-J

La gestion des ressources humaines dans les organisations publiques
Louise Lemire et Yves-C. Gagnon

La gestion environnementale et la norme ISO 14001
Corinne Gendron

Images et sociétés – Le progrès, les médias, la guerre
Catherine Saouter

Immigration et diversité à l'école – Le débat québécois dans une perspective comparative
Marie Mc Andrew

Inégalités : mode d'emploi – L'injustice au travail au Canada
Stéphane Moulin

Les inégalités sociales de santé au Québec
K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.)

L'intégration des services en santé – Une approche populationnelle
Yves Couturier, Louise Belzile et Lucie Bonin

L'interaction professionnelle – Efficacité et coopération
Yves St-Arnaud

L'interview à la radio et à la télévision
Claude Sauvé

Introduction à la métaphysique
Jean Grondin

Introduction à la politique africaine
Mamoudou Gazibo

Introduction à la victimologie
Jo-Anne Wemmers

Introduction aux littératures francophones – Afrique, Caraïbe, Maghreb
Christiane Ndiaye (dir.)

Introduction aux relations internationales
Diane Éthier

Introduction aux sciences de l'information
J.-M.Salaün et C. Arsenault (dir.)

Le journalisme radiophonique
Dominique Payette et Anne-Marie Brunelle

Justice et démocratie
Christian Nadeau

K-O

Le leadership partagé
Édith Luc

Lexicologie et sémantique lexicale – Notions fondamentales
Alain Polguère

Méthodes de planification en transport
Yves Nobert, Roch Ouellet et Régis Parent

Les meurtriers sexuels – Analyse comparative et nouvelles perspectives
Jean Proulx, Maurice Cusson, Eric Beauregard et Alexandre Nicole

Le modèle ludique – Le jeu, l'enfant avec déficience physique et l'ergothérapie
Francine Ferland

Musique et modernité en France
S. Caron, F. de Médicis et M. Duchesneau (dir.)

P-Q

Le paysage humanisé au Québec – Nouveau statut, nouveau paradigme
Gérald Domon (dir.)

Paysages en perspective
P. Poullaouec-Gonidec, G. Domon et S. Paquette (dir.)

La pénologie – Réflexions juridiques et criminologiques autour de la peine
Marion Vacheret, Estibaliz Jimenez (dir.)

Le phénomène des gangs de rue – Théories, évaluations, interventions
Jean-Pierre Guay, Chantale Fredette (dir.)

La politique comparée – Fondements, enjeux et approches théoriques
Mamoudou Gazibo et Jane Jenson

Politique internationale et défense au Canada et au Québec
Kim R. Nossal, Stéphane Roussel et Stéphane Paquin

Pour comprendre le nationalisme au Québec et ailleurs
Denis Monière

Pourquoi enseigner la musique ? Propos sur l'éducation musicale à la lumière de l'histoire, de la philosophie et de l'esthétique
Claude Dauphin

Préparer la relève – Neuf études de cas sur l'entreprise au Québec
Louise Saint-Cyr et Francine Richer

Prévention des toxicomanies – Aspects théoriques et méthodologiques
Pierre Brisson

Les problèmes organisationnels – Formulation et résolution
Yves-C. Gagnon

La psychocriminologie – Apports psychanalytiques et applications cliniques
Dianne Casoni et Louis Brunet

La psychologie de l'adolescence
Michel Claes et Lyda Lannegrand-Willems (dir.)

La psychologie environnementale
Jean Morval

Publicités à la carte – Pour un choix stratégique des médias publicitaires
Jacques Dorion et Jean Dumas

Les Québécois aux urnes – Les partis, les médias et les citoyens en campagne
Éric Bélanger, Frédérick Bastien et François Gélineau (dir.)

Questions de criminologie
J. Poupart, D. Lafortune et S. Tanner (dir.)

Questions d'urbanisme
Gérard Beaudet, Jean-Philippe Meloche et Franck Scherrer (dir.)

R-S

La radio à l'ère de la convergence
En collaboration avec la Chaîne culturelle de Radio-Canada

Raisonnement et pensée critique – Introduction à la logique informelle
Martin Montminy

La réadaptation de l'adolescent antisocial – Un programme cognitivo-émotivo-comportemental
Marc Le Blanc, Pierrette Trudeau Le Blanc

Le régime monétaire canadien – Institutions, théories et politiques
Bernard Élie

La religion dans la sphère publique
Solange Lefebvre (dir.)

La réussite éducative des élèves issus de l'immigration – Dix ans de recherche et d'intervention au Québec
Marie Mc Andrew et l'équipe du GRIÉS

Savoir entreprendre – Douze modèles de réussite. Études de cas
Louis Jacques Filion

Séduire par les mots – Pour des communications publiques efficaces
Jean Dumas

La sociocriminologie
Stéphane Leman-Langlois

Statistiques – Concepts et applications
Robert R. Haccoun et Denis Cousineau

T-Z

Téléréalité – Quand la réalité est un mensonge
Luc Dupont

Les temps du paysage
P. Poullaouec-Gonidec, S. Paquette et G. Domon (dir.)

La terminologie : principes et techniques
Marie-Claude L'Homme

Théories de la politique étrangère américaine – Auteurs, concepts et approches
Charles-Philippe David (dir.)

Traité de criminologie empirique
M. Le Blanc et M. Cusson (dir.)

L'univers social des adolescents
Michel Claes

Violences au travail – Diagnostic et prévention
F. Courcy, A. Savoie et L. Brunet (dir.)

Les visages de la police – Pratiques et perceptions
Jean-Paul Brodeur

La vision et l'environnement de travail
Benoît Frenette

paramètres

Découlant de la tension entre l'accroissement de la demande pour les soins de santé et les contraintes financières des gouvernements, l'évaluation de la performance des organisations et des systèmes de santé est une condition essentielle à la survie de ceux-ci et constitue en soi un enjeu difficile. D'une part, ces systèmes complexes dépendent fortement de leur contexte : améliorer leur performance requiert la participation de nombreux acteurs aux intérêts souvent divergents. D'autre part, le concept de performance est loin de faire l'unanimité ; les modèles utilisés reflètent souvent des préoccupations et des objectifs contradictoires.

Les auteurs exposent les perspectives d'acteurs clés provenant des pays lusophones et francophones des Amériques, de l'Europe et de l'Afrique dans le but d'engager les systèmes et les organisations de santé vers une amélioration continue de la performance. Pour ce faire, ils posent ici trois questions fondamentales : en quoi consiste la performance d'un système ou d'une organisation de santé ? Comment l'évaluer ? Et comment utiliser les résultats de l'évaluation de façon à constamment améliorer la performance ?

Sous la direction de **José Carlos Suárez-Herrera, André-Pierre Contandriopoulos, Fernando Passos Cupertino de Barros** et **Zulmira Maria de Araújo Hartz**.

42,95 $ • 37 €

Couverture : © Bruce Rolff /123rf.com

Également disponible en version numérique
www.pum.umontreal.ca

ISBN 978-2-7606-3753-5

